



## DIAGNOSTICO DE PRESUNCION DEL CANCER DE PULMON

J. López Mejías.

El diagnóstico completo de un cáncer broncopulmonar tiene estos pasos:

1) *Diagnóstico de presunción*, que es al que vamos a limitarnos.

2) *Diagnóstico de confirmación*, que en esencia representa las maniobras necesarias para:

a) Tener la certeza de que se trata de una tumoración.

b) Tener la certeza del tipo histológico tumoral (epidermoide, células en avena, adenocarcinoma, etc.).

El diagnóstico de certeza debería ser siempre histológico, es decir, que se debería obtener mediante el estudio de una biopsia del tumor o de sus metástasis. Sin embargo, en muchas ocasiones nos tendremos que contentar con un diagnóstico citológico obtenido a partir del esputo o del material obtenido en la broncoscopia por aspirado o cepillado. Si disponemos de un buen laboratorio de citología, podemos confiar en ella no sólo para hacer el diagnóstico de la existencia del tumor, sino también para el de su forma histológica si se trata de neoplasias bien diferenciadas (carcinomas epidermoides, de células en avena o adenocarcinomas). Cuando la diferenciación de las células es poco acentuada la coincidencia con la histología es mucho menor<sup>1</sup>.

3) *Diagnóstico de extensión tumoral*. Lo que intentamos establecer en él es la extensión del tumor, tanto dentro del pulmón como fuera de él. Es decir, que lo que se trata es de saber si el tumor está limitado al pulmón, su extensión dentro de él y la extensión de sus metástasis, tanto torácicas —princi-

palmente ganglionares— como extratorácicas. Podemos así clasificar a los tumores con arreglo a las normas TNM, que nos permiten una mayor objetividad en la agrupación de los distintos tipos de cánceres y, por lo tanto, un juicio más adecuado sobre las indicaciones terapéuticas y sobre los resultados de los diversos tratamientos.

El diagnóstico de presunción no sería tan importante si no estuviese directamente relacionado con la detección precoz del cáncer de pulmón. En esta localización, como en todas las demás, lo ideal sería realizar el diagnóstico en una fase incipiente. Naturalmente, esto representa en la práctica una utopía si tenemos en cuenta que los estudios de crecimiento tumoral han llegado a la conclusión de que cuando el tumor empieza a ser visible radiográficamente lleva ya por lo menos 20 divisiones celulares. Sin embargo, debemos estar convencidos de que los diagnósticos precoces son los que van a permitir una mayor supervivencia de los enfermos, puesto que todo no es el tamaño tumoral.

La esperanza puesta en la eficacia de los chequeos radiológicos no nos exime de la preocupación del diagnóstico precoz, ante el hecho evidente que la mayoría de las neoplasias broncopulmonares se diagnostican en nuestro país por los clínicos. En la ponencia del VIII Congreso de la SEPAR de Valencia<sup>2</sup> sólo un 0,1 % de 1.102 neoplasias fue diagnosticado por las campañas preventivas.

Es preciso, por ello, insistir en la ne-

cesidad de un diagnóstico de sospecha ante cualquier signo de alarma. Estos signos de alarma son los siguientes:

1) *Imágenes parenquimatosas nodulares aisladas*. Se trata del llamado nódulo pulmonar solitario, que suele cursar de forma asintomática. Los signos de benignidad descritos (presencia de calcificaciones, signo de la cola participante, bronquiectasias colindantes, etc.) pueden ser tan engañosos como la falta de los signos de malignidad (umbilicación, falta de calcificaciones, halo tumoral maligno, espiculaciones, etc.). Debemos ponernos en guardia ante las falsas certezas que producen las pruebas del quiste hidatídico positivas (reacciones de Weimberg y de Cassoni), proceso también quirúrgico. Los signos más probables de benignidad son la edad menor de 30 años, la calcificación extensa o en láminas y, sobre todo, el que en un examen de radiografías previas el nódulo no muestre progresión a lo largo de varios años.

2) *Los esputos hemoptoicos*, sobre todo si aparecen en un fumador por encima de los 40 años. La proporción de neoplasias que el estudio detenido proporciona es mucho mayor cuando hay imágenes anormales (29,2 %) que cuando la radiografía es normal (2 %) <sup>5</sup>, pero eso no implica que una radiografía normal deba tranquilizarnos.

3) *Las imágenes radiográficas con sintomatología clínica o sin ella.*

a) Una *atelectasia segmentaria*, lobar o total de un pulmón.

b) Un *hilio engrosado, anómalo*.



Generalmente se trata de un hilio muy grueso, de límites mal definidos, con o sin lesiones parenquimatosas acompañantes, que es lo que se suele llamar «hilio masivo». En ocasiones puede ser simplemente un hilio más denso que el contralateral y con un aumento de tamaño, no atribuible a la arteria pulmonar, más o menos definido. En unos casos la tomografía, que es útil y debe ser practicada siempre, definirá la existencia de adenopatías con o sin alteraciones del calibre bronquial. En otros casos no podrán objetivarse estas adenopatías mediante la tomografía, pero se confirmará la existencia de una alteración hilar.

c) En algunas ocasiones, de forma aislada o asociada a las alteraciones descritas anteriormente, el hilio aparecerá ascendido o descendido.

d) En algunas ocasiones lo que se encuentra en una hipertransparencia de un lóbulo o de un pulmón.

4) Los procesos inflamatorios pulmonares. El más estudiado es el absceso pulmonar. En un 17,5 % de los abscesos pulmonares estudiados por Brock<sup>4</sup> había un carcinoma bronquial, pero esta cifra llegaba al 33,5 % de los abscesos si se tenían en cuenta sólo los que se presentaban en enfermos de más de 45 años. Sin embargo, hay que estar atentos también a las inflamacio-

nes pulmonares agudas que aparecen en enfermos por encima de la cuarentena y retroceden con gran lentitud o recidivan en el mismo lóbulo o segmento.

5) Las pleuresías, sean del tipo que sean y sobrevengan en enfermos de más de cuarenta años, pero especialmente las que tienen un líquido serohemorrágico y no presentan un origen bien definido.

6) Las parálisis recurrenciales o simplemente las ronqueras que no presentan un origen claro y en las que es posible el origen paralítico.

7) La aparición de una tos insistente o mejor de un cambio en la forma de producirse la tos en un enfermo que ya la presentaba, sobre todo si es fumador.

8) La aparición de signos generales. Puede tratarse de signos generales poco expresivos, como la presencia de astenia, anorexia, adelgazamiento o incluso sólo de una tristeza de cierto matiz depresivo o ser de un tipo más específico; es decir, la comprobación de uno de los llamados «síndromes paraneoplásicos»: síndrome reumatoide, aparición de acropaquias, de una dermatomiositis o de una polineuritis, o incluso de un síndrome de tipo miasténico<sup>6</sup>.

9) En algunos casos lo primero que

llama la atención son signos claramente derivados de la existencia de metástasis: un dolor costal o de hombro (en Pancoast), una hemiplejía o un síndrome de hipertensión intracraneal, un engrosamiento de adenopatías del cuello o incluso un síndrome de cava superior. Son casos en los que ya no podemos hablar de intentos de diagnóstico precoz.

## Resumen

Creemos que el médico debe plantearse la posibilidad del origen neoplásico bronquial de la sintomatología del enfermo ante cualquier signo que esté presente, sobre todo en los casos reseñados. Sólo así conseguiremos movilizar los recursos de los pasos siguientes: el del diagnóstico de certeza y los del diagnóstico de extensión, que nos permitirán una confirmación de nuestras sospechas y un tratamiento adecuado.

Finalmente, quizá deberíamos terminar añadiendo que tanto retraso diagnóstico lo produce el no hacer caso de estos signos de alarma como de hacer diagnósticos apresurados, sin un fundamento cierto, de otros procesos cuyo tratamiento deja transcurrir un tiempo precioso.

## BIBLIOGRAFIA

- MATHEWS, M. J.: Problems in Morphology and behaviour of bronchopulmonary malignant disease. En *Lung Cancer*, editado por Israel, L., y Chahinian, A. Ph. Acad. Press. Nueva York, 1976.
- Clínica del cáncer broncopulmonar primitivo. 2.<sup>a</sup> ponencia del VIII Congreso de SEPAR. Valencia, 1974.
- RULLIERE, R., y DESSIRIER, M.: Tumeurs malignes des bronches, de la trachée et des poumons. *Enc. Med. Chirurgicale*, 6022: 10, 1968.
- BROCK, R. C.: Lung Abscess, pág. 149. Blackwell Scientific Publications. Londres, 1952.
- LEMOINE, J. M., y FABRE, Ch.: L'utilité de la bronchoscopie après les hémoptysies. *Les Bronches*, 23: 4, 1973.
- ANDERSON, G.: Paramalignant Syndromes in Lung Cancer, pág. 147. Heinemann Med. Books Ltd. Londres, 1973.