

Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío. Sevilla

CONDUCTA A SEGUIR ANTE UN NODULO PULMONAR SOLITARIO

J. J. del Rey Pérez

El término nódulo pulmonar solitario es un concepto radiológico, no clínico. Designamos con él a la presencia de una imagen parenquimatosa solitaria de condensación pulmonar, de forma más o menos redondeada, de bordes más o menos nítidos y de un diámetro máximo de 6 cm.; el pulmón que rodea a esta masa puede estar sano o puede presentar lesiones acompañantes más o menos importantes. Finalmente la masa parenquimatosa puede estar calcificada o cavitada.

Han sido discutidos algunos de los términos de esta definición: en cuanto al diámetro superior hay quien lo establece en 4 cm. y otros en 6 cm.¹ Felson reserva el término de «masas» a los nódulos que sobrepasan dichos límites dimensionales. En lo que se refiere a la existencia o no de lesiones satélites o acompañantes tampoco hay unanimidad: unos no admiten el término de nódulo pulmonar solitario si se acompaña de lesiones satélites, mientras que otros creen que deben aceptarse como tales.

La actualidad del concepto de nódulo pulmonar solitario está justificada por dos hechos: la dificultad para llegar a un diagnóstico etiológico preciso y la trascendencia de las actitudes ante el hallazgo de un nódulo pulmonar solitario.

La etiología del nódulo pulmonar solitario es muy variada y sobre todo en muchas ocasiones muy difícil de precisar. Las diferentes series^{2,3}, coinciden en que la suma de las etiologías ma-

ligna y de granulomas infectivos sobrepasan el 85 % de los casos. El 15 % restante corresponde a etiologías muy dispares.

La frecuencia con que un nódulo pulmonar solitario tiene una etiología maligna y la dificultad de poner en claro esta etiología, junto con la necesidad de descubrir el cáncer en su estado más precoz, han planteado desde el principio⁴ una actitud casi absolutamente quirúrgica según la cual todo nódulo pulmonar solitario debía ser intervenido con tal de que no hubiese una contraindicación manifiesta. Aunque todavía hay quien mantiene esta postura intervencionista casi en los mismos términos, la experiencia adquirida y los nuevos métodos de diagnóstico han introducido matices en nuestra actitud y la han hecho no más conservadora sino más cautelosa.

Nuestra actitud ante un nódulo pulmonar solitario debe ser, en principio, inquisitiva aunque teniendo en cuenta con Lillington⁵ los siguientes matices:

1) *Edad.*—Todos los autores coinciden en que un nódulo pulmonar solitario por debajo de los 35 años es excepcionalmente maligno y primitivo. Puede ser maligno pero generalmente entonces es secundario. Por consiguiente, la edad por debajo de los 35 años será un factor que hará pensar en la gran probabilidad de la benignidad, lo que permitirá una espera más confiada por lo menos, o de la secundariedad, lo que plantea otros problemas.

2) *Caracteres radiológicos.* De todos los caracteres radiológicos del nódulo pulmonar solitario (nitidez del

contorno, lobulación, umbilicación, cavitación, existencia o no de lesiones satélites, calcificación, cola participante, brocograma aéreo, etc.) sólo dos tienen interés en cuanto a la actitud que vayamos a tomar. El primero es la existencia de calcificaciones: una calcificación importante, en hojas de cebolla o en palomitas de maíz, debe hacer pensar más en un proceso benigno. No obstante, la decisión no es tajante por este criterio sino que hay que unirlo al grupo de los demás caracteres que vayamos recogiendo.

El segundo es el ritmo de crecimiento del nódulo, seguido especialmente a través de radiografías anteriores en los casos en que dispongamos de ellas: el aumento de tamaño hablaría a favor de una etiología maligna.

Datos positivos de malignidad obtenidos a través de citología o biopsia que pueden efectuarse en esputos, broncospirado relativo o repillado bronquial, liopia bronquial, punción transtorácica y mediastinoscopia.

4) *Datos positivos de benignidad*, principalmente calcificaciones, falta de aumento de tamaño, pruebas cutáneas positivas, baciloscopia, pruebas biológicas positivas (quiste hidatídico), etc.

5) *Datos a favor del origen metastásico del nódulo.* Son muy importantes la existencia contemporánea o anterior de neoplasias y la presencia de otras lesiones neoplásicas que certifiquen una generalización neoplásica (óseas, hepáticas, cerebrales, etc.).

6) *Taras pulmonares o extrapulmonares* que comprometen la intervención: insuficiencia respiratoria ma-

(Recibido el 16 de enero de 1978.)



nifiesta, insuficiencia ventilatoria importante, hipertensión pulmonar, cirrosis hepática, infarto reciente, diátesis hemorrágicas, insuficiencia cardíaca, etc.

7) Se ha dado más importancia de la que realmente tiene, hasta ahora, a los resultados de la *gammagrafía por fijación* (Galio 67, Bleomicina marcada con Co, Hg 165, etc.). La teoría sería que una captación por el nódulo hablaría a favor de la naturaleza maligna e inclinaría poderosamente a la intervención. La existencia tanto de falsos negativos como de falsos positivos quita, hasta ahora, gran parte de la importancia pretendida a este método.

Otros criterios tienen menos importancia (factores menores de Lillington): sexo (menor frecuencia en la mujer del nódulo maligno primitivo), historia de tabaco, positividad de pruebas cutáneas, negatividad de la biopsia o citología.

Nuestra actitud ante el nódulo pulmonar solitario será por lo tanto una actitud de integración de los siguientes factores que hemos de recoger cuidadosamente.

En la historia clínica los datos referentes: a enfermedades anteriores, sobre todo neoplásicas, a la edad y a la

existencia previa de radiografías de tórax (estudios sistemáticos, reconocimientos por otras afecciones no torácicas, etc.).

En la exploración: a la presencia de datos a favor de la existencia de una neoplasia en otra localización.

En la radiografía y tomografías de tórax: a la valoración de los caracteres radiológicos, fundamentalmente de las calcificaciones y, si podemos, al crecimiento de la lesión.

La valoración de los datos analíticos no suele ser de gran utilidad, aunque en algún caso pueda tener cierta trascendencia.

Muy importante nos parecen los intentos de obtener un diagnóstico de positividad mediante la exploración con fibrobroncoscopio bajo control radiológico. En nuestra última serie de 15 nódulos pulmonares malignos, pudimos llegar a un diagnóstico de malignidad con la utilización de este método, en un 86 % de los casos.

Finalmente habremos de valorar la existencia de una de las contraindicaciones operatorias antes mencionadas.

Con todos estos datos intentamos una valoración de las probabilidades de malignidad o de proceso quirúrgico (quistes hidatídicos, tuberculoma, etc.).

Si esta probabilidad es grande y no hay contraindicación, procedemos a la toracotomía. Si la probabilidad no es grande y hay una contraindicación relativa, damos un plazo prudencial para intentar ver el ritmo de crecimiento del nódulo. Si los datos se inclinan por la falta de malignidad, ampliamos este plazo de observación. Finalmente si la contraindicación operatoria es manifiesta, renunciamos a la intervención.

Podemos decir que nuestros criterios no son pues, intervencionistas a ultranza aunque tengamos que recurrir a la intervención, aun sin diagnóstico preciso en un número relativamente grande de casos.

BIBLIOGRAFIA

1. FELSON, B.: Chest roentgenology. Saunders. Filadelfia, 1973.
2. STEELE, J. D.: The solitary pulmonary nodule. Springfield, III, CC Thomas, 1964.
3. TRUNK, A.; GRACEY, J. M., y BYRD, M. E.: The management and evaluation of the solitary pulmonary nodule. *Chest*, 66: 236, 1974.
4. DAVIS, E. W.; PEABODY, J. W., Jr., y KATZ, S.: The solitary pulmonary nodule. *J. Thorac Surg.*, 32: 728, 1956.
5. LILLINGTON, G. A.: The solitary pulmonary nodule. *Am. Rev. Resp. D. J.*, 110: 699, 1974.