

DIAGNOSTICO

Dr. G. MANRESA FORMOSA

S EÑORES, vamos a ver si en el tiempo reglamentario o muy aproximado, podemos dar una pauta, que es lo único que pretendo, del diagnóstico del cáncer broncopulmonar. Pero voy a hacer tres advertencias: 1.^a que hablaremos del diagnóstico precoz del cáncer bronco-pulmonar y por consiguiente dejaré de consignar los síntomas y signos de la fase avanzada en la evolución del proceso. 2.^a que fundamentaré el diagnóstico en las técnicas que nos son habituales en la clínica y de las cuales tenemos experiencia, dejando las que no nos es dado usar de ordinario en nuestros medios y de las cuales no tenemos experiencia personal y 3.^a que es del todo necesario y tenemos la obligación moral de hacer el diagnóstico precoz del cáncer bronco-pulmonar, de la misma manera que hoy día tiene el internista o el digestólogo la obligación moral de hacer el diagnóstico precoz del cáncer de recto.

El diagnóstico precoz requiere un concepto de lo que entendemos por cáncer precoz. Tenemos por cáncer precoz aquel epiteloma endobronquial o pulmonar que sean justificables de resección lobar o total. El diagnóstico precoz es po-

sible y necesario. Es posible, y con la pauta que voy a dar podremos llegar a él y es necesario porque indiscutiblemente la suerte del enfermo y la posibilidad de supervivencia después del acto quirúrgico será distinta si el diagnóstico es precoz o si es tardío.

Yo diría que lo fundamental para el diagnóstico precoz del cáncer broncopulmonar depende de un hecho muy simple y muy sencillo: sospecharlo. Para poderlo sospechar creo indispensable dar unas nociones de orden anatómico y de orden fisiopatológico.

De orden anatómico: en cualquier sitio del árbol bronquioalveolar se puede localizar un cáncer broncopulmonar, por consiguiente, tendremos cánceres que se sitúan en los grandes bronquios, es decir en los bronquios que son abordables y visibles por la broncoscopia y otro tipo de cáncer que se sitúa en los bronquiolos. Tenemos ya dos órdenes de cáncer: uno endobronquial y otro periférico. Su importancia radica en los hechos fisiopatológicos, que según su localización, determinan diferente tipo de sintomatología precoz. De orden fisiopatológico: Los trastornos que puede dar el cáncer broncopul-

monar en un individuo son de dos tipos: directos e indirectos. Los trastornos directos se presentan en aquellos cánceres que se encuentran situados en los grandes bronquios; a estos pertenece el síndrome de irritación bronquial. Es ese triptico, tos, hemoptisis y wheezing, que a veces es tos y hemoptisis faltando el wheezing y a veces de tos únicamente. Es el mismo síndrome que ha descrito esta mañana el Dr. CARALPS cuando hablaba de la sintomatología de irritación bronquial en el adenoma. En cambio, el cáncer periférico, el cáncer hiliar, nos dará muchas veces como primera manifestación una imagen radioscópica y por consiguiente la primera manifestación será un hallazgo de radioscopia. Claro está que hay síndromes intermedios, pero yo trato de ser lo más esquemático posible.

Los trastornos indirectos también son en cierta manera función de localización del cáncer y los vamos a resumir de la siguiente manera. Habrá trastornos de ventilación que todos conocéis y que nosotros podemos resumir en cuatro tipos fundamentales: el de la condensación retractil, el de la opacidad fugaz, el del enfisema obstructivo y el del enfisema bulloso, que todos obedecen, como sabéis, al mecanismo valvular bronquial descrito por Chevalier JACKSON, el stop-valve, el bypas-valve y Check-valve. Otro tipo de trastorno indirecto es la infección retrograda que tiene

a mi modo de ver gran importancia porque es uno de los síndromes más precoces y frecuentes en los enfermos que llegan a nosotros, con cáncer broncopulmonar, refiriendo en su historia que recientemente han sufrido episodios infecciosos de localización broncopulmonar. La existencia de un cáncer endobronquial o bronquiolar determina una falta de protección por parte de la mucosa, por escoriación y alteración del elemento ciliar. Ello origina una parálisis del peristaltismo bronquial y por consiguiente, esta mucosa en infracondiciones de defensa determina dos tipos de infección retrograda, una que podríamos llamar infección retrograda sistematizada, que dibuja el cuadro de una neumonía, broconeumonía, de un absceso, etc., Y, las lesiones obstructivas, las cuales nos dan los brotes infecciosos no sistematizados, es decir, que no se pueden etiquetar nosológicamente con la precisión de los otros. Con estos elementos anatómicos y estas nociones fisiopatológicas del cáncer broncopulmonar se puede llegar al diagnóstico de sospecha. Yo diría, para abreviar, que el diagnóstico sospecha, se puede fundamentar principalmente en los hechos que a continuación enumeramos: Un hombre de 45 a 65 años y digo un hombre, porque a pesar de lo que nos ha dicho el Dr. GUILLERA acerca de la proporción de siete hombres por una mujer, yo tengo la impresión, aunque no ten-

go una estadística personal adecuada, de que es más alta, casi podría decir que he visto 19 hombres por una mujer, me refiero a cáncer primitivo de pulmón. Por un lado, decíamos un hombre de 45 a 65 años, por otro una tos incoercible que no se resuelve con los tratamientos correctos; una hemoptisis, esa hemoptisis típica muy parecida a la del adenoma, de días repetidos, por la mañana, hemoptisis sin cola, es decir que el enfermo tiene dos o tres esputos por la mañana y no vuelve a ver sangre durante el resto del día; si el enfermo dice que tiene estrías hemáticas repetidamente en sus esputos; si os habla de afecciones broncopulmonares repetidas; si viene del reumatólogo; si aqueja dolores reumatoideos, dejando aparte la neumopatía néumica de Pierre Marie que no es propia del cáncer sino de la supuración crónica y el cáncer no da tiempo a que se produzca; si además hay alteraciones vasculares del tipo de dedos en palillo de tambor, o bien viene un accidente de tipo cerebral, fugaz o persistente y hay una imagen radiológica del aparato respiratorio como las que señalamos a continuación, podéis sospechar con mucha probabilidad de aproximación que es posible que vuestro paciente tenga un cáncer broncopulmonar. Y entonces llegado al diagnóstico de sospecha hemos de llegar al diagnóstico preciso de un cáncer broncopulmonar por la clínica que orienta; la radiolo-

gía que localiza y la broncoscopia y sus derivados que confirman.

De la clínica no os voy a hablar porque la constituyen los síntomas de orden funcional, de orden general y de orden extrapulmonar que yo he intercalado en estos cuadros sindrómicos que os he dicho antes y por consiguiente os hago excusa de repetirlos.

La radiología nos da también dos órdenes de signos, los directos y los indirectos. Como que son más precoces los signos indirectos, por ellos vamos a comenzar. Y nos encontraremos con aquel enfisema segmentario de que os he hablado antes; o con las sombras hiliares ensanchadas, sobre todo cuando es una sola; o con un ensanchamiento de mediastino; o con esa rigidez que es muy curiosa, de la pleura mediastínica, que muchas veces hace una tienda recta con el pericardio en el lado izquierdo; o puede ser un absceso de pulmón crónico en el adulto; imágenes de neumopatías infecciosas, como también puede dar imágenes de una condensación retráctil o una neumonía reversible. Y como signos directos es la masa redonda, con patas o sin ellas. La imagen redonda que va acompañada también de obstrucción bronquiolar que da lugar a subzonas de atelectasia que constituyen las sombras satélites de la masa tumoral propiamente y que la tomografía pone de manifiesto. Estas sombras son tanto menos

frecuentes cuanto más periférica sea la localización del cáncer.

La broncoscopia confirma, asociando a ella las maniobras de la biopsia, broncoaspiración y del lavado bronquial, gran número de los cánceres que la clínica y la radiología hacen sospechar. Debo advertir que el rendimiento de la broncoscopia es directamente proporcional a la pericia del que la practica; no basta saber introducir un tubo en el árbol bronquial, es preciso saber recoger los signos y es necesario saber dirigir y hacer una broncoaspiración. Y es también función de la localización anatómica del tumor.

La biopsia se practicará sistemáticamente siempre que sea posible, teniendo cuidado de morder la neoformación profundamente.

La broncoaspiración debe ser dirigida procurando llevarse parcelas de mucosa bronquial. No olvidemos que la agrupación de células da certeza al diagnóstico citológico.

En cuanto al estudio histológico de las muestras obtenidas, diremos que se requiere una particular pericia para su elaboración técnica

y para su interpretación. La inclusión en parafina del material obtenido y el estudio en cortes seriados, así como una buena tinción en hemateína-eosina o Papanicolau, son indispensables para la obtención de resultados correctos. No basta para ello que el técnico sea un anatómo patólogo e incluso un oncólogo, es necesario que el que estudie estas preparaciones, tenga un concepto histofisiológico de la mucosa bronquial, que como sabéis, sufre una serie de procesos de descamación y regeneración que dan lugar a numerosas causas de error.

Con esta sucinta enumeración no hago más que enfocar y plantear el problema del diagnóstico precoz del cáncer broncopulmonar y no puedo hacer otra cosa que ponerme a la disposición de ustedes para detallar cualquiera de los puntos expuestos y que considero fundamentales para hacer un diagnóstico precoz de cáncer broncopulmonar, indispensable para poner al enfermo a tiempo en manos del cirujano para que éste le haga lo que el Dr. CARALPS va a exponer.
