

SESIONES CIENTIFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

CANCER DE PULMON, PROBLEMAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Dr. A. CARALPS MASÓ
(Miembro corresponsal)

8 de Mayo de 1956

EMPIEZA el conferenciante diciendo que hasta hace pocos años el cáncer de pulmón constituía una verdadera rareza, que casi no se descubría más que en las autopsias; pero que desde unos años a esta parte parece haber aumentado tanto, que en la actualidad es el responsable de la mayor parte de muertes en el hombre.

¿Es realmente positivo el aumento de casos de cáncer pulmonar? Probablemente, no; pero es que el médico piensa en el cáncer y lo conoce mejor que antes; además, posee una serie de conocimientos de diagnóstico que le permiten reconocerlo a tiempo; por otra parte, gracias a la quimioterapia y al empleo de antibióticos que limpian el pulmón de todo lo que empaña al cáncer, y, por último, porque con la mayor prolongación de la vida, se ha creado una patología de viejo. De manera que, en realidad, el aumento es más aparente que real.

A los cirujanos, desde el punto de vista del tratamiento del cáncer pulmonar, les interesa el diagnóstico precoz del mismo; no les interesa el cáncer del pulmón que ha llegado ya a hacer metástasis en otras partes, sino el cáncer en sus comienzos y, por desgracia, en un tanto por ciento elevadísimo, el cáncer pulmonar no da síntomas respiratorios. Es frecuente observar casos que se presentan con sintomatología de reumatismo poliarticular agudo, con aumento del líquido articular, con degeneración fibrosa de las membranas articulares, con hipertrofia de las partes blandas de las extremidades de los dedos, con deformación de los hematíes, que son de área reducida y liberan difícilmente el oxígeno a nivel de los tejidos, con sudor de manos y pies, alteraciones de la función pituitaria, con tromboflebitis, etc. Todos estos síntomas constituyen los más característicos del cáncer precoz.

En realidad, el cáncer de pulmón debería llamarse cáncer bronquial. Es preciso que el cáncer aflore a nivel del bronquio para provocar la hemoptisis, que es el primer signo de este tipo. Después de la hemotitis aparece la tos, que corresponde a los períodos iniciales del cáncer cuando éste es tan sólo un tumor diminuto, pues cuando crece se debilita la sensibilidad y disminuye la tos.

El cáncer bronquial puede provocar disnea por varios mecanismos. Cuando está localizado en el bronquio, éste se dilata en la inspiración y se contrae en la espiración, de manera que al principio el aire pasa con facilidad y luego queda retenido sin poder salir. O sea, que lo primero que se produce es el enfisema. Este enfisema, unas veces se revela en la pantalla por una mayor claridad y, en otras, provoca una opacidad que es debida al hecho de producirse una presión negativa en los alvéolos, que de lugar a una alveolitis. En la segunda fase de la lesión, aparece la hiperclaridad característica, y en la última fase, por obstrucción parcial, aparece el gran enfisema ampoloso, que puede llegar a provocar un neumotórax espontáneo por rotura.

Aparece luego la disnea, y asombra la desproporción entre el tamaño del cáncer y la disnea, pues, igual que ocurre con la tos, cuando el cáncer es mayor disminuye la disnea.

Cuando hay un tumor a nivel del bronquio, que da lugar al enfisema, como aquél no puede ventilarse se produce la disnea y vemos que, mientras está dificultado el paso del aire, no lo está el de la sangre, que pasa a través del peribronquio, llega a unos alvéolos que no tienen aire y la sangre vuelve igualmente venosa al corazón izquierdo y entonces, por aumento de sangre venosa y exceso de óxido carbónico, se produce la disnea. Pero cuando el tumor aumenta de volumen, obstruye el paso del aire y a la vez el de la sangre, a la cual no le queda más solución que ir al pulmón derecho, con lo cual desaparece la disnea.

Otro síntoma que debe tenerse en cuenta es el dolor, que puede ser de tres clases:

1.º Dolor impreciso, que los enfermos no saben explicar bien y definen como molestias detrás del esternón. Este es el dolor bronquial, pero que se puede atenuar mediante la sección de los nervios del plexon.

2.º Dolor que el enfermo dice que es opresivo, que no le permite respirar bien, como si llevase una faja o un corsé; por la razón de que en el momento inspiratorio el pulmón no puede seguir la dilatación, lo cual hace que se retraiga la pared y el enfermo sienta un dolor opresivo.

3.º Dolor correspondiente a las

metástasis linfáticas del dorso (primeras vértebras) y de las costillas.

Otro signo es el de la fiebre, que puede ser recurrente, que se produce en el momento de ocurrir la oclusión bronquial, la cual da lugar a un espasmo de retención.

Otro signo es el de la existencia de metástasis.

Para confirmar la presunción de cáncer disponemos de una serie de procedimientos auxiliares de la clínica, el primero de los cuales es el examen radioscópico.

En el caso de cáncer de pulmón no interesan los grandes signos radiológicos, sino los pequeños signos correspondientes a los tumores pequeños. O sea, que cuando practicamos la radiografía, lo que nos interesa es ver si el mediastino se mantiene igual, si los planos se mueven de igual manera. En efecto, si existe un pequeño tumor, en el momento de la inspiración el parénquima del lado sano se distiende bien y el del lado enfermo, como no puede distenderse, comprime directamente el mediastino y oscila hacia el lado sano. Lo mismo acontece con las dos cúpulas diafragmáticas. Y lo mismo ocurre en un solo pulmón, siguiendo las líneas bronquiales, que en la aspiración se separan como las varillas de un abanico, y en la espiración son atraídas hacia la zona no enferma.

Los demás signos, aparte la existencia de una gran zona opaca son

indirectos: enfisema, pleuresía, atelectasia, bronquiectasia, etc.

Se ha dicho que uno de los signos principales es el de que las pulmonías son hemorrágicas y se ha dicho también que es contraproducente practicar una operación en estas condiciones, por estar infectada la serosa. Pero afirma el conferenciante que ha visto muchos casos en que no hay infección de la serosa.

Se ha de tener siempre en cuenta que un enfermo que presente todos estos síntomas sin haber tenido nunca antecedentes bronquíticos es siempre sospechoso de cáncer.

La radiología ha de ir acompañada de una serie de procedimientos, como, por ejemplo, la hagiocardiología y radiografías seriadas con inyección endovenosa coloreada por la cual se comprueban las dificultades de relleno y las oclusiones parciales de la rama de la arteria pulmonar y entonces el cirujano puede tener la seguridad de que cuando a un centímetro del nacimiento de la rama izquierda pulmonar se hace difícil el relleno ello constituye una contraindicación para operar.

MARSAL ha ideado un procedimiento que consiste en colocar una célula fotoeléctrica entre el tórax y la pantalla, con lo cual, cuando hay una sombra la intensidad de la corriente es menor y, en cambio, es mayor cuando hay una claridad. De esta manera puede establecerse

una serie de gráficas. Ello tiene mucha importancia porque uno de los diagnósticos diferenciales más difíciles de realizar es la distinción entre un foco de neumonía crónica y de un cáncer de pulmón.

Otro método de diagnóstico es la práctica de la broncoscopia que revela la existencia de un tumor y la extensión del mismo.

Cuando hay zonas broncoscópicas indirectas de tumor bronquial se ve la tráquea desviada, los bronquios rígidos y la mucosa presenta la palidez característica. El broncoscopio permite además practicar varios tipos de biopsia cruzando las pinzas parte del tejido tumoral.

Las células neoplásicas tienen características tales como aumento de volumen, relación alterada entre el núcleo de las células y el citoplasma, desorden de la cromatina, etc. Es más fácil hacer el diagnóstico en cánceres recientes que en cánceres antiguos.

La anatomía patológica de los tumores malignos de pulmón pueden ser: 1.º Epitelioma malpighiano o, glóbulos córneos (70 %); 2.º Adenocarcinoma (12-13 %); 3.º Epitelioma de los que antiguamente se denominaban carcoma; 4.º Asociación entre el epitelioma y el sarcoma. Esto permite formar un pronóstico más favorable o benigno que con los demás; 5.º El último tipo de esas neoplasias lo constituye el llamado cáncer alveolar, sobre el cual se ha discuti-

do mucho ya que no hay acuerdo sobre el origen de las células alveolares. Un cáncer bronquial típico puede correrse hacia el interior de los alveolos y ocasionar formas aparentemente alveolares.

El médico se encuentra a menudo con el problema de la asociación del cáncer con la tuberculosis. Efectivamente, con las modernas drogas se ha prolongado la vida del tuberculoso, con lo cual éste puede llegar a la edad del cáncer.

En un tiempo se dijo que la tuberculosis pulmonar predisponía al cáncer. Más tarde se dijo que las dos afecciones eran incompatibles. La realidad es que muchos cánceres bronquiales se desarrollan en un ganglio gaseoso que cicatrizó en la infancia. En otros casos el cáncer llega a invadir un foco pulmonar cerrado, en cuyo caso el enfermo expectora intermitentemente gérmenes tuberculosos.

El cáncer bronquial es enfermedad fundamentalmente quirúrgica, ya que es el cáncer más agradecido a la cirugía. En el cáncer bronquial no debe valorarse la duración de la supervivencia, sino la calidad de ésta, o sea, que tenemos la seguridad de que el enfermo, además de supervivir, podrá tener una vida placentera. No debe extirparse nunca un pulmón sin haber realizado las pruebas conducentes a demostrar que se trata de un tumor maligno, incluso, si es

necesario, practicando las debidas biopsias.

Para mejorar el resultado de las operaciones de pulmón por cáncer, no debe extirparse más que lo estrictamente necesario, ya que, de lo contrario, podrían causarse perjuicios y, para que el resultado sea satisfactorio, se ha de pensar en otro procedimiento, que es el de la asociación de la radioterapia con la cirugía.

Es un mito la idea de que los epitelomas no se benefician con la radioterapia.

Por último, habla el conferenciante del tratamiento de las metástasis, diciendo que, por ejemplo, los cánceres del cuello uterino pueden dar lugar a metástasis pulmonares, que suelen ser únicas y aisladas y cuya extirpación es altamente satisfactoria. Para finalizar, presenta el Dr. CARALPS una abundante serie de radiografías con diversas localizaciones del cáncer pulmonar y complicaciones del mismo.

Hacen algunas observaciones a la conferencia expuesta los académicos corresponsales Dres. GÓMEZ Y GÓMEZ y BIETO, el primero sobre problemas embriológicos del cáncer y el segundo ampliando lo expuesto sobre el tratamiento.

El Presidente Dr. COROMINAS, después de agradecer la brillante disertación del Dr. CARALPS, dice que el clínico ha de recordar de entre lo expuesto la categórica afirmación de que no son incompatibles, como se dijo en un tiempo la tuberculosis y el cáncer. Por el contrario, las lesiones tuberculosas, más o menos antiguas, pueden, como todas las lesiones cicatrizales, ser punto de partida de la proliferación cancerosa. Cualquiera lesión que altere el epitelio puede dar origen al desarrollo de un cáncer; y es preciso que esta idea la tenga presente siempre el clínico para poder corregir su desarrollo en cuanto empiecen a sospechase los más insignificantes síntomas de aquel desarrollo.



CONFLICTOS ENTRE BACTERIAS Y ANTIBIOTICOS

Dr. A. VALLS CONFORTO
(Miembro corresponsal)

15 de Mayo de 1956

Empieza el conferenciante diciendo que ya, en 1942, expuso la posibilidad de que al romper la penicilina el equilibrio de fuerzas

de la Naturaleza se diera ocasión a fenómenos nuevos, tales como la aparición de nuevas enfermedades infecciosas, o el incremento de