

PRESENTACIÓN DE CASOS

CASO N» 1

Z. M., oficios domésticos, de 44 años.

Historia: Hace tres meses empezó a sentir dolor en forma de piquetazos en el hemi tórax derecho, el cual no se modifica con los movimientos respiratorios. A la semana de haberle aparecido el dolor, le apareció un poco de tos con expectoración amarillenta escasa. Niega fiebres y no la tuvo durante su permanencia en el hospital. Ha tenido una franca pérdida de peso, aunque no puede especificar de cuántas libras. Hasta hace poco fumaba hasta diez cigarrillos diarios.

En el examen físico se encontró macidez con abolición del murmullo vesicular y de las vibraciones vocales en el hemitórax derecho.

La radiografía mostró una atelectasia total del pulmón derecho y con la broncoscopia se encontró que la entrada del bronquio principal derecho se encontraba cerrada por mamelones friables y sangrantes, los cuales invadían parcialmente la luz del bronquio principal izquierdo. Se tomó una biopsia que demostró un carcinoma anaplásico.

Esta paciente se consideró inoperable y se sometió a radioterapia, sin que obtuviera mejoría alguna.

CASO N° 2

A. M., de 56 años, procedente de Puerto Corles, ingresó al Hospital San Felipe el 25 de marzo de 1959.

Historia: Hace aproximadamente año y medio viene padeciendo de tos que le aparece por períodos que durante hasta 20 días y que se acompaña de expectoración blanca amarillenta y en varias ocasiones ha tenido hemoptisis. A veces le aparecen fiebres y se queja de debilidad. Toda esta sintomatología se ha acentuado en los últimos seis meses, durante los cuales le ha aparecido **disnea**. Ha perdido ligeramente de peso.

Debido a su enfermedad, consultó con un médico, quien la sometió a tratamiento antituberculoso.

El examen físico no demostró nada particular. La radiografía mostró una opacidad redondeada localizada en el segmento posterior del lóbulo superior derecho, la cual se interpretó como un carcinoma bronquiogénico.

El examen broncoscópico fue negativo y se recogió líquido del lavado bronquial, en el cual no se demostraron células neoplásicas.

A esta paciente se le practicó una toracotomía, en la que se encontró el tumor del lóbulo superior, con metástasis ganglionares al hilio.

Durante la operación tuvo un paro cardíaco, del cual no se recuperó, la biopsia demostró que se trataba de un carcinoma anaplásico.

CASO N» 3

G. G. L., de 31 años de edad, labrador, procedente de **Choluteca**, ingresó al Servicio de Medicina de Hombres del Hospital San Felipe el 17 de mayo de 1960.

Historia: Desde hace poco más de tres meses le ha aparecido una tos, la que se acompaña de expectoración mucopurulenta y es más molesta durante el día. Todo este tiempo dice haber padecido de febrículas. Niega hemoptisis. No cree que ha tenido pérdida de peso y su apetito es bueno. No fuma.

Al examen físico se encuentra un paciente de regular constitución, P. A. 120/80. Pulso 104. T. 38.

El examen de pulmones muestra matidez en el vértice derecho con respiración soplante en esta zona.

Exámenes de laboratorio. G. B. 8.800. N., 73%. L., 27%. Hematocrito, 39 ce; orina, normal; **V.D.R.L. negativo**. Espudo, negativo por bacilo de Koch.

Rayos X.—La radiografía muestra una atelectasia total del lóbulo superior derecho y hacia el hilio se ve una tumoración redondeada que empuja la fisura menor hacia abajo.

Broncowopia.—En el bronquio principal derecho se encuentra secreciones **espesas**. El bronquio del lóbulo superior derecho está congestionado y reducido de calibre (Dr. C. Mejía). Se hizo lavado **bronquial** con resultado positivo por células rK'oplásticas (Dra. E. de Herrera).

CASO N° 4

A. G. V., de 57 años, oficios domésticos, procedente de El Sitio, Departamento de Comayagua. Ingresó al **Hospital** San Felipe el 12 de agosto de 1959.

Historia: Desde hace 8 meses empezó a sentir dolor en el hemitórax derecho, el cual ha aumentado de intensidad progresivamente y aunque no es muy fuerte, es bastante molesto debido a que es continuo. En los últimos tres meses el dolor se ha **irradiado** hacia el hombro y miembro superior del lado afectado. Últimamente ha notado cierta **dificultad** respiratoria y tos con expectoración blanquecina. Durante el curso de su enfermedad ha tenido elevaciones térmicas.

Al examen físico se encuentra una paciente desnutrida que presenta una zona de macidez en el vértice derecho.

Exámenes de laboratorio.—G. R., 3.550.000. G. B., 5.500. Hmgl., 11 gr. N., 86%. L., 14%. Heces y orina **negativos**; **V.D.R.L.**, negativo; espudo por bacilo de Koch, negativo.

Rayos X.—El examen radiológico muestra una tumoración que ha producido una atelectasia total del lóbulo superior derecho, con una metástasis gan^Honar que comprime ligeramente el lado derecho de la tráquea. No se hizo broscopía y estudio citológico.

Con el diagnóstico de carcinoma bronquiogénico con metástasis ganglionares se le hizo tratamiento con rayos X, sin obtenerse ninguna mejoría y se le dio la salida en el mismo estado.

Es digno de mencionar que a las dos semanas de hospitalización se quejó de dolor de garganta y en el examen laringoscópico se encontró un tumor en la base de la lengua que en la biopsia demostró un carcinoma no diferenciado.

CASO N° 5

C. G. M., de 73 años, lahrador procedente de Santa Rosa de Copan, ingresó al Hospital San Felipe el 31 de mayo de 1960.

Historia: Hace cuatro meses viene padeciendo de dolor en forma de piquetazos en la región retroesternal, el cual se irradia hacia la espalda y región lumbar, el dolor es continuo y se exagera con los movimientos respiratorios. Desde el comienzo de la afección le apareció tos con escasa expectoración y en una ocasión el espudo venía teñido con sangre. Ha tenido elevaciones térmicas. Además, se queja de adinamia, anorexia y pérdida de peso. Hace tres meses le apareció disfonía. No **lunta**.

Examen físico.—Paciente de mediana constitución, P. A. 110 70. Pulso 94. El examen físico del aparato respiratorio no reveló signos anormales.

Laboratorio.—G. R., 3.960.000. G. B., 11.200. N., 61%. N., 61%; E., 4%; L., 32%; M., 3%; Hmgl., 13.5 gr. V.D.R.L., negativo. Espudo por bacilo de Koch, negativo. Heces, positivo por ascárides, tricocéfalos y uncinaria. Orina, normal.

Rayos X.—Lz radiografía mostró una opacidad del segmento apical posterior del lóbulo superior izquierdo, con estenosis del bronquio correspondiente. Además,

la cúpula diafragmática izquierda está elevada debido a parálisis del nervio periférico correspondiente.

El examen broncoscópico reveló únicamente la presencia de sangre en el **bronquio** principal izquierdo. (Dr. Mencía).

Se tomó una biopsia a este nivel que reveló un carcinoma bronquiogénico. El estudio citológico del líquido de lavado bronquial fue asimismo positivo por células neoplásicas.

Durante su permanencia en el Hospital empeoró rápidamente y murió sin que se tuviera oportunidad de hacerle tratamiento quirúrgico ni radioterapia.

CASO N° 6

P. B., de sexo masculino, de 59 años de edad, procedente de Comayagüela, se presentó a consultar el 6 de junio de 1960.

Historia: Desde hace 20 días viene acusando ligera dificultad respiratoria, gran debilidad y anorexia. Ha perdido bastante peso últimamente. No da historia de tos. Desde el inicio de su enfermedad se queja de dolor en el hipocondrio derecho que se irradia hacia la espalda.

Al examen físico se encontró una **ingurgitación** venosa en el lado derecho del cuello y en el hombro de este lado, que hizo sospechar una obstrucción venosa en el mediastino. El examen físico de pulmones fue negativo.

En el examen radiológico se observó la presencia de una opacidad que desde el hilio derecho se extendía hacia el campo pulmonar, teniendo bordes irregulares. Además, la tráquea mostraba una compresión en el lado derecho. Esto se interpretó como debido a un carcinoma bronquiogénico con metástasis ganglionares.

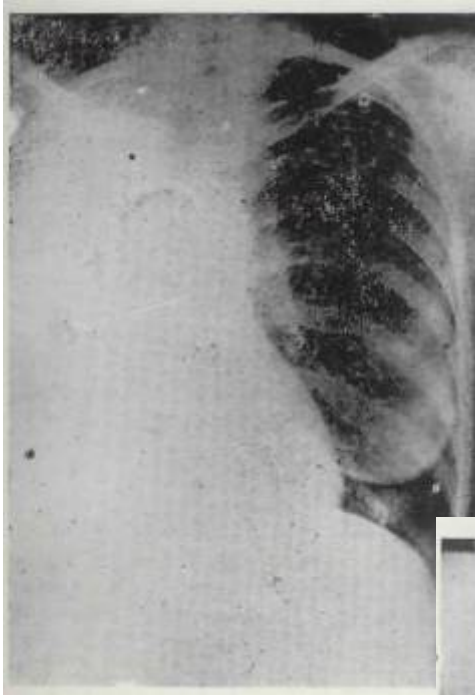
La broncoscopia mostró estenosis del bronquio principal del lóbulo superior derecho, donde además se encontró un mamelón neoplásico. Tanto la biopsia como el estudio citológico fueron positivos por carcinoma.

La condición de este paciente deterioró rápidamente y su cuadro se complicó con la aparición de un derrame pleural neoplásico con intensa disnea, habiéndose producido la muerte dos meses después de hecho el diagnóstico.

COMENTARIO.¹:

(Como se ve por los casos expuestos, en todos ellos se hizo el diagnóstico en una fase avanzada de la enfermedad, cuando no se les podía ofrecer ningún chance¹ de curación. Aquí la tardanza en descubrir la enfermedad generalmente se debió a que los pacientes consultaron tardíamente. Sólo en un caso, el atraso fue motivado por un diagnóstico erróneo de tuberculosis, que « basó en la existencia de una sombra pulmonar sin comprobación bacteriológica.

Si queremos encontrar casos curables de cáncer pulmonar, tenemos que descubrirlos antes de que den síntomas y la única forma de alcanzar este objetivo es mediante el examen radiológico rutinario una vez por año, en toda persona que padezca de los 40 años; y una vez que se detecten sombras anormales, agotar todos los medios para aclarar su significado y en aquellos casos en que el laboratorio, los rayos X, broncoscopia, etc., no nos den la respuesta, hay que proceder a una toracotomía exploradora, para asegurarse una biopsia. -Sólo en esta forma y teniendo siempre presente la frecuencia del cáncer pulmonar, nos será posible descubrirlos cuando son resecables.

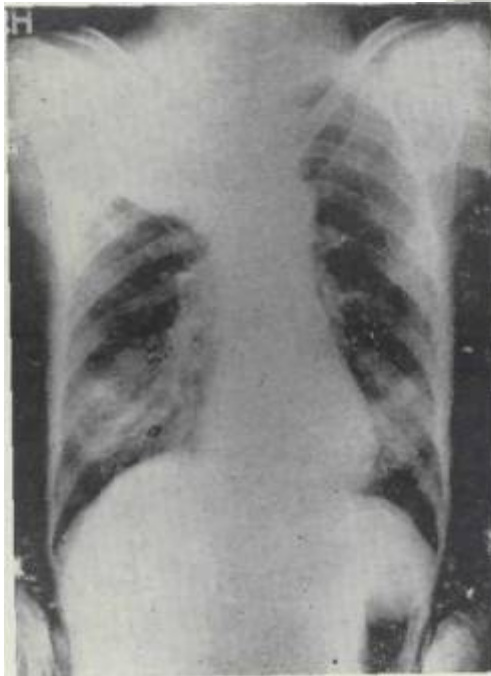
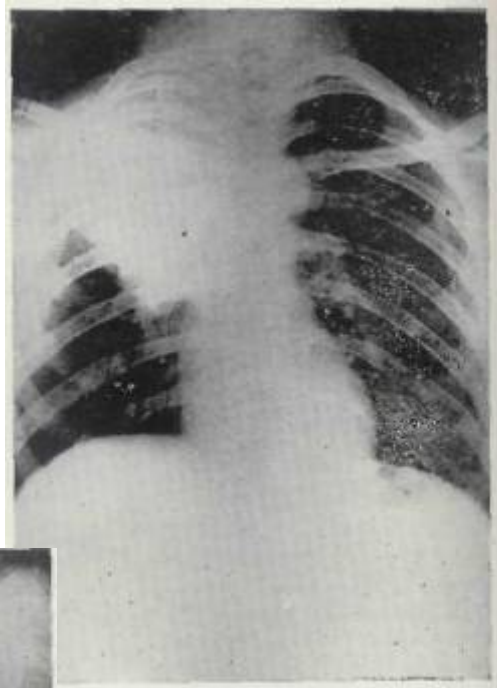


CASO Ng. 1.—Hay una opacidad 10l.1l sn «l l ■
mito-ai derecho con retracción del mismo y
desviación da la traquea hacia ■! lado afatladn.
Ellos cam^iet ton debido! a la alvUctaiia del
pulmón derecho

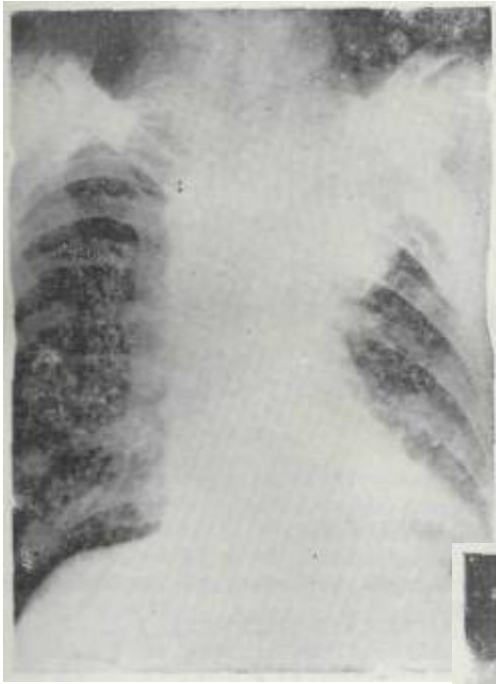


CASO No. 1.—Nótete la opacidad redondead*
de bo-rfet bien definido*, que » locallia in si
lépenlo pollero- del 1. S. D. Hay muíttai-»
gilgionai» r- al hilro w Mpiid «nta

CASO No. 3—Ella paciente preienta una atelec-taii» del lóbulo superior derecho y la fiiura menor tiano una forma da S, siendo convaxa hacia >'«jo an la vacinidad del hilio. Dicho abombamiento la produce l* presencia dal tumor



CASO No. -1 Li imagen ai bailante similar il cato No. 3, psro el grado da atsccliiia del lóbulo luperior ** mucho *mis* avanzado



CASO No. 5.—Opacidad producida por U at* L* r-
lala de MijmíMo apical paittrior zti L S. 11
La biopsia toTi.iclj con el broncostopio
reveló un C*.

CASO No. 6. —Carcinoma de forma biliar que
te extiende de manera irregular hacia la peri-
feria pulmonar. Mótese la metástasi ganglianai
ai mediastino por encima del cayado aórtico.



REFERENCIA

- 1.—ACKEKMAN and REGATO, Cáncer. Diagnosis Treatment and Prognosis. Second Edition. 1954 2.—CHURCHILL. E. D. SWEET. R. H. SOUTTER and SCANNELL. J. G.— The Surgical management of carcinoma of the lung J. of Thoracic Surg, 20: 349-365 1950.
- 3.—OVERHOLT, R. H. and SUTMIDT, I. C. -Survival in primary carcinoma of the lung. N. England J. Med 240:491-497 1949. 4.—KABENHOFT, K. C. and LEUCUTIA.- Combined Roentgen therapy and nitrogen mustard in carcinoma of the lung- as compared to other methods. American J. of Roentg., Radium Therapy and N. Med. 79:491-503. 1958 f>.—ROSWITZ, B., KAPLAN, G. and JACOBSON. H. G.- Superior vena cava obstruction syndrome in bronchogenic carcinoma. Radiology 61:722-737, 1953 6.—SHANKS, S. C. and KERLEY, P. A.- Text-Book of X-Ray Diagnosis, Vol n, 567-606, 1952. 7.—WATSON, W. L.—Five years survivors in lung cancer, a study of 3 073 cases. American J. of Roentg., Radium Therapy and N. Med 79:188-490. 1958.