

## FALSA IMAGEN QUÍSTICA DADA POR LA RADIOLOGÍA EN UN CÁNCER PRIMITIVO DEL PULMÓN

por los doctores

**RÉMOND (de Metz) y MÉRIEL**

Catedráticos de la Facultad de Medicina de Toulouse.

Es noción corriente que ningún signo clínico es propio del cáncer de pulmón y que, por consiguiente, su diagnóstico debe basarse en el conjunto de síntomas. Se piensa más bien en la tuberculosis pulmonar, más frecuente, que en el cáncer de pulmón, que es más raro.

Incluso cuando el cáncer se manifiesta bajo uno de los aspectos supuestos, escribe HUGUENIN, el examen clínico no basta; en el examen del enfermo «los documentos radiológicos ocupan el lugar preponderante».

El caso que vamos a reseñar muestra que hay falsas imágenes quísticas en el cáncer del pulmón que vienen a dificultar, a veces, el diagnóstico.

Durante la guerra estuvo prisionero en Alemania por espacio de un año, resintiéndose su estado general de la mala alimentación y de las privaciones.

Hasta hace tres años, buena salud. En 1925, estando empleado en una oficina en Clermont-Ferrand, se dió cuenta de la existencia de un bulto en la región axilar derecha, cerca del borde del gran dorsal.

Algún tiempo después se hizo un examen radioscópico que pareció mostrar una opacidad (?) en la región escapular derecha. No hemos podido precisar más este punto.

Llegado a Toulouse en 1926, el enfermo sufría dificultad respiratoria, tosía en accesos, sin expectoración purulenta, pero con accesos febriles algunas tardes; consultó a un especialista de Toulouse, quien sospechó una tuberculosis del vértice derecho e hizo un análisis de esputos que resultó negativo. El Dr. ESCANDE practicó una nueva radioscopia, que mostró, asimismo, una opacidad del vértice derecho.

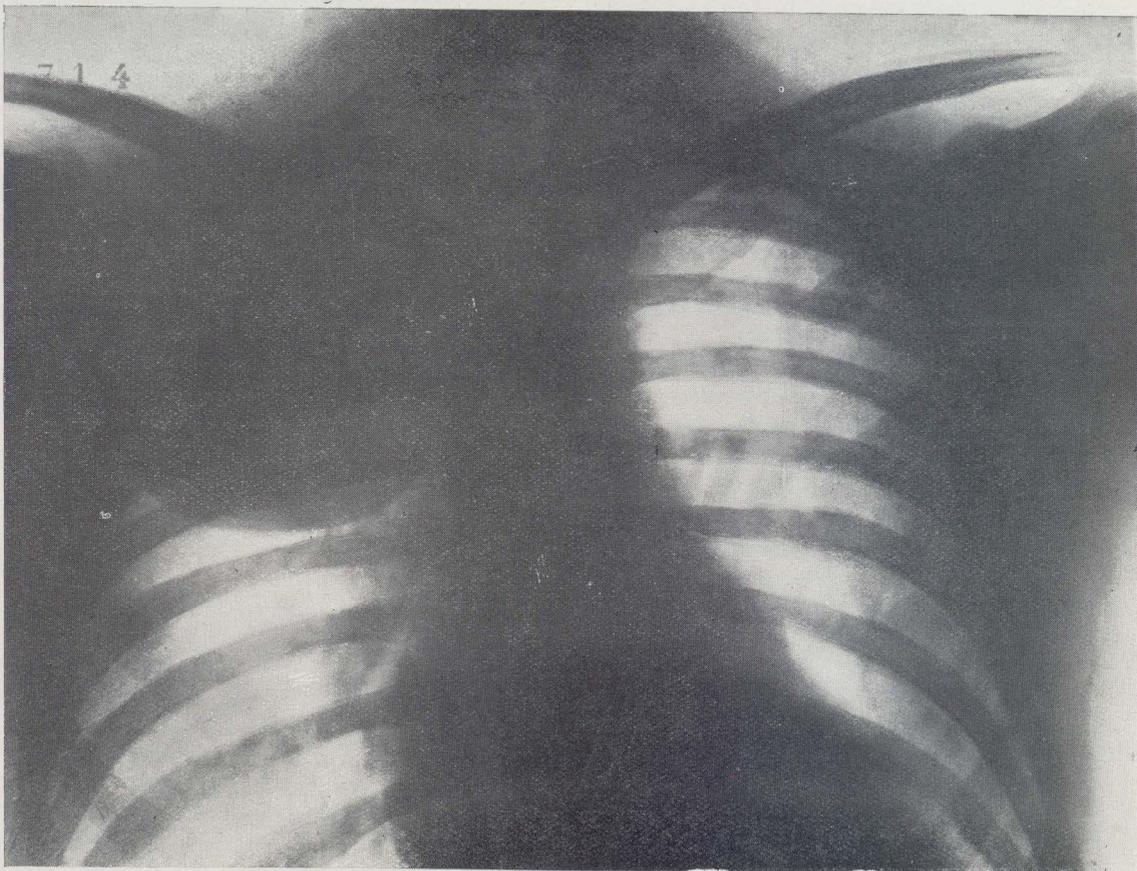


Fig. 1. — Radiografía mostrando la falsa imagen quística de un cáncer del pulmón.

*Observación.*—C. J., 30 años, contable. Nada en los antecedentes hereditarios ni personales. De aspecto robusto y con buena salud habitual.

Un segundo consultante examinó al enfermo y sospechó también tuberculosis pulmonar; un nuevo examen de esputos es también negativo. A pesar de esto, se instituye

un tratamiento antituberculoso que es seguido por el enfermo durante un mes.

A despecho de este tratamiento y del reposo a que fué sometido el enfermo, el estado resta estacionario. La tos

Pedimos otra radiografía de la región escapular, que fué practicada por el Dr. SIROL y mostró el mismo aspecto de masa regularmente redondeada y de contornos limpios, como trazados al compás (Radiografía 2).

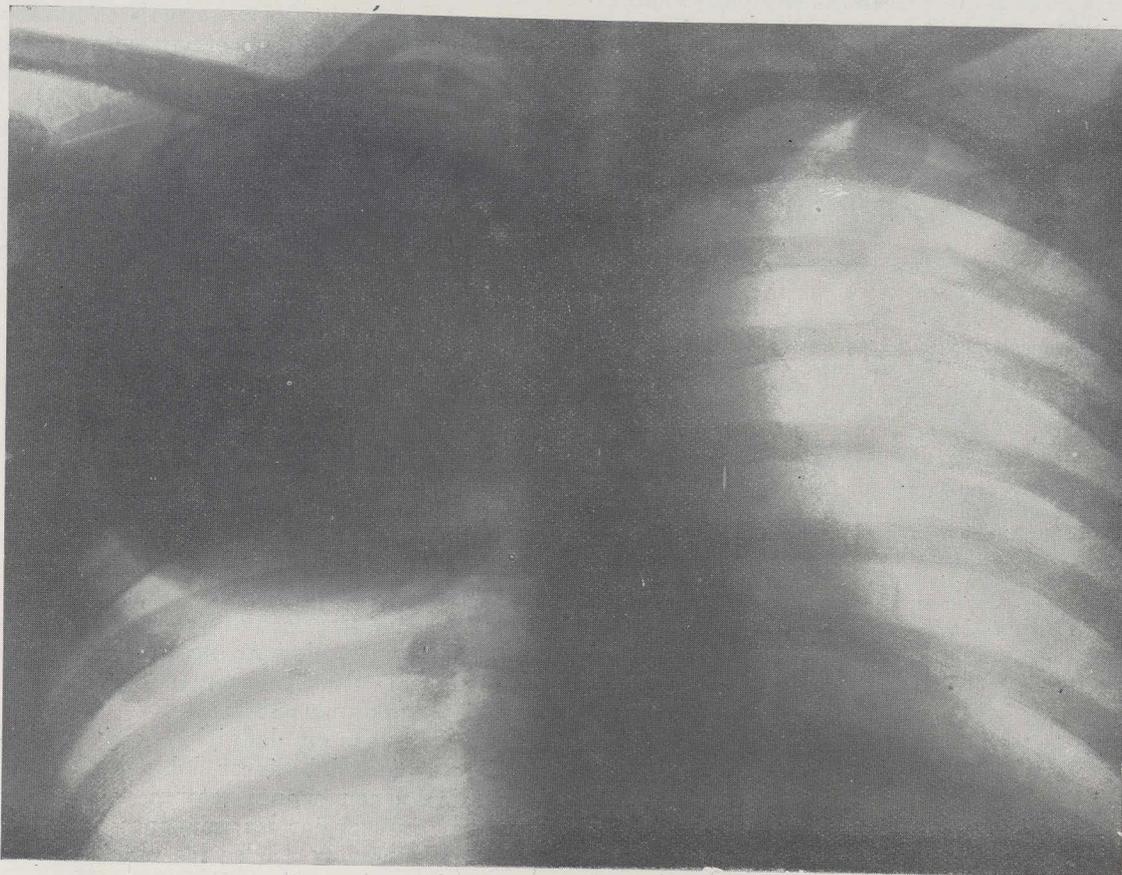


Fig. 2. — El mismo individuo radiografiado dos meses después, en el momento de la operación. La sombra más grande indica el crecimiento del tumor.

persiste seca y quintosa, con ninguna o muy poca expectoración. Matidez a la percusión en la zona supra-espinal derecha; dolor a la presión digital.

La temperatura llega por las tardes alrededor de 38 grados.

Es consultado uno de nosotros (Prof. RÉMOND). Se exige un nuevo examen radiológico con prueba radiográfica. El Dr. MARQUÉS hace esta radiografía, que muestra la imagen característica de un quiste hidatídico del pulmón derecho (Radiografía 1). Este resultado concordaba con los de las anteriores radioscopias, aunque éstas sólo habían mostrado una opacidad del vértice, sin precisar la existencia de una imagen regular, de contornos redondeados, como trazados con un compás, tal como permitía estudiar el clisé radiográfico, muy claro, que nos fué presentado. A consecuencia de esta imagen radiográfica que reproducía exactamente el contorno del aspecto radiológico de un quiste hidatídico—tal como lo describe BÉCLERE—no podía ser mantenido el diagnóstico de tuberculosis y se imponía el de quiste hidatídico de los pulmones.

Se practicó la prueba de WEINBERG: resultado negativo.

Eosinofilia dudosa.

WASSERMANN negativo.

Otro de nosotros (Prof. MÉRIEL), llamado para ver el enfermo en enero de 1927, constató que la región escapular estaba aumentada de volumen en su conjunto, dolorosa a la palpación, mate a la percusión, que había oscuridad respiratoria en toda esta región y que se oían algunos frotos pleurales a medida que se aproximaba a la base.

La sola diferencia apreciable entre los dos clisés es que en el segundo la imagen es más voluminosa, pareciendo indicar, así, un aumento de la tumoración.

Sin embargo, quisimos controlar esta constatación por un nuevo examen radioscópico hecho por nosotros en posición oblicua y haciendo variar esta posición, vimos como aquella imagen no se modificaba y que, además, se movilizaba poco con la respiración y la tos.

Una nueva prueba de WEINBERG mostróse también negativa; no se hizo intradermoreacción.

Es, pues, con el diagnóstico de quiste hidatídico del pulmón que operamos a este enfermo en 16 de enero de 1927. Anestesia con la mezcla de SCHLEICH. Incisión en U, que abarcaba entre sus brazos todo el saliente formado por el tumor, cuyo volumen era el del puño de un niño. El trazo transversal de la incisión descendía hasta la octava costilla. El amplio colgajo de pedículo superior, comprendía todas las partes blandas suprayacentes al enrejado costal y fué rechazado hacia la nuca. Resecamos ampliamente la cuarta y quinta costillas derechas, quedando sorprendidos de la friabilidad de estos segmentos óseos. La brecha abierta nos lleva sobre el tumor, que forma cuerpo con la pleura y adhiere fuertemente en lo profundo.

La consistencia es dura y en ningún punto se descubre fluctuación. Se clava una aguja en dos sitios distintos y sólo sale sangre. Nos encontramos, pues, en presencia de un tumor sólido y no líquido, como había hecho pensar la radiografía. Además, la palpación del tumor rompe la capsula y ponemos entonces al descubierto un tejido friable y

que sangra fácilmente. Dos fragmentos de este tejido friable son recogidos y separados para el examen histológico.

El diagnóstico de tumor maligno, de aspecto sarcomatoso, reemplaza en nuestra mente, de un modo definitivo, el de quiste hidatídico. A causa de la extensión incontralable de este tumor maligno que contraindicaba una lobectomía y a causa, igualmente, de los incidentes operatorios posibles (hemorragia incoercible, colapso cardíaco), decidimos no llevar más adelante la tentativa operatoria y volvemos a cerrar la herida, no sin haber establecido antes un buen taponamiento con gasa de las superficies cruentas del tumor.

Se vuelve a aplicar el colgajo, suturándolo con crin, excepto por su parte inferior, a fin de dejar paso a las mechas hemostáticas.

Curso postoperatorio normal, salvo dos accesos febriles debidos a la retención intestinal y a la subictericia.

La herida tarda tres meses en cerrarse.

El estado general mejora lentamente con el régimen y el retorno a la montaña. Se somete el enfermo a sesiones de radioterapia profunda todas las semanas, que parecen aliviarle y mejorar la disnea, que había persistido después de la intervención.

El quinto mes después de la operación sobrevino una hemorragia abundante por la fístula que había quedado en el paso de las mechas, al mismo tiempo que se producía una hemoptisis; ambos incidentes fueron pronto yugulados mediante los hemostáticos internos. Sin embargo, un mes y medio después sobrevino una nueva hemorragia a nivel de la herida, que sólo cedió con las curas compresivas.

Continúan las sesiones de radioterapia y después de cada una hay una notable mejoría tanto del estado local como del general. El apetito se conserva largo tiempo.

La situación se agrava en otoño, la temperatura permanece entre 38 y 38'9 grados, el pulso es rápido. Los esputos sanguinolentos son cada vez más numerosos. A nivel de la herida la tumuración profunda persiste y se hace más dolorosa; el enfermo no puede estar en decúbito supino ni acostarse sobre el lado derecho. Las sesiones de radioterapia profunda que antes habían hecho ceder los dolores proporcionando un bienestar general, son ahora ineficaces. Por otra parte, el enfermo no podría tampoco desplazarse hasta el gabinete de radioterapia.

El estado se agrava de día en día y el enfermo muere a fines de febrero de 1928, o sea, trece meses después de la intervención.

El examen histológico de los fragmentos separados mostró que se trata de un sarcoma pulmonar, de células pequeñas. Este dato corresponde bien con lo que encontramos, macroscópicamente, en el momento de la operación y con la marcha clínica del caso.

Se trataba, pues, de un cáncer primitivo del lóbulo superior del pulmón derecho, según mostraban todos los datos, y la única nota discordante la daba la radiografía, y es desde este punto de vista que la observación merece ser reseñada.

Se admite, en efecto, que el aspecto radiográfico del quiste hidatídico del pulmón es el de una imagen redondeada muy netamente trazada al compás, tanto, que esta última comparación es clásica. Sin embargo, en el caso reseñado el aspecto es éste precisamente, en las dos radiografías reproducidas, aún cuando el tumor es de una naturaleza muy distinta.

Esta discordancia entre la imagen radiográfica y el examen clínico e histológico se reproduce desde hace algunos meses en nuevos ejemplares.

Recientemente SERGENT, BAUMGARTNER y BENDA

(1), han podido también tomar por un quiste hidatídico una tuberculosis pulmonar del lóbulo medio. A mayor abundamiento, en su caso había WEINBERG positivo, ausencia del bacilo de KOCK en los esputos, temperatura próxima a la normal, y, finalmente, un acceso de urticaria. Todo era favorable, consiguiendo, para que se diagnosticara un quiste hidatídico del pulmón.

HUGUENIN (2), en su bello trabajo, muestra también que en la forma circunscrita del cáncer del pulmón el tumor es redondeado y aparece a menudo con una limpieza perfecta «es un disco intrapulmonar, redondeado, que hace dudoso a veces el diagnóstico diferencial con el quiste hidatídico». Sin embargo, añade, la imagen es más redonda que ovalar, su contorno es un poco más difuso, incluso mal limitado en alguna zona. A veces la imagen es policíclica y no representa en toda su extensión el trazado con compás del quiste». En nuestro caso, la limpieza de la imagen era perfecta, su contorno no era difuso en ningún sitio y el aspecto era redondeado y no ovalar ni policíclico. Solo hay que mirar las radiografías para darse cuenta de la regularidad perfecta de la imagen.

Podemos, pues, afirmar que se trataba de una *falsa imagen quística* la que nos indujo al error diagnóstico. Nuestro ejemplo no estaría aislado, pues, hablando con otros colegas hemos sabido de 4 o 5 casos personales no publicados.

Esto muestra, en definitiva, cuán delicados son los diagnósticos del cáncer del pulmón y del quiste hidatídico y con cuanta reserva será preciso, en lo sucesivo, interpretar las imágenes quísticas dadas por la radiografía. «Todas las dificultades del diagnóstico del quiste, dicen BUSILA y MELLER (3), no quedan superadas cuando el radiólogo, mediante una técnica correcta, pone en evidencia una *imagen quística* y precisa exactamente el asiento y la extensión del presumido quiste hidatídico en el pulmón. Es al clínico a quien toca decidir, ampliamente informado por todos los restantes signos o síntomas, si se trata de una *verdadera* o de una *falsa imagen quística*, cuando ella aparece clara, regular y sin anejos».

No podemos por menos que suscribir esta opinión que comenta exactamente la discordancia entre la radiología y la clínica en nuestro caso, que creemos lleno de enseñanzas para lo sucesivo.

#### RESUME

*On admet que l'image radiographique du kyste hydatidique du poumon est arrondie, telle tracée au compas. Tou-*

(1) Soc. Méd. des Hop. y Journ. de Méd. et Chir. práctiques. 10 enero 1927.

(2) HUGUENIN. El cáncer primitivo del pulmón. Masón. 1928.

(3) BUSILA y MELLER. Quiste hidatídico del pulmón diagnosticado por la radiografía. París Médical. 27 octubre 1928; pág. 350.

*tefois, d'autres affections pulmonaires peuvent donner une image semblable, ce qu'il arrive dans un cas de cancer primitif du poulmon raconté par les Auteurs.*

*fections, as is the case of the original cancer of the lung, mentioned by the authors.*

## SUMMARY

*It is recognized that the radiographic picture of the hydatid lung cyst is rounded, as if draw by a compass. Nevertheless, a similar image may be given by other lung af-*

## ZUSAMMENFASSUNG

*Man nimmt an, dass das radiographische Bild der hydatidischen Lungensackgeschwulsts rund ist, als wie mit einem Zirkel entworfen. Andere chronische Lungenleiden, jedoch, können ihr ein ähnliches Bild geben, wie es in diesem Falle bei einem von den Autoren erwähnten primitiven Lungenkrebs geschieht.*