

Estudio anátomo-clínico-radiográfico de cien casos de neoplasias pleuropulmonares primitivas

Por el Dr. Luis Llerena Rojas

Con la colaboración de los Dres.: EDUARDO BORT

LESCAILLE(2), ESPERANZA BARROSO GARCÍA (3)Y

LUPO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ(4)

INTRODUCCION

La neoplasia del pulmón constituye una de las causas más frecuentes de mortalidad en el mundo entero. Son innumerables las publicaciones ya sean de carácter descriptivo, estadístico o reportes de casos de difícil diagnóstico que aparecen en la literatura. Todavía no luce inmediato el día en que se determine el factor etiológico de la misma y la terapéutica quirúrgica sólo resulta curativa cuando es radical y el diagnóstico se base precozmente. Consideramos que un cabal conocimiento de las características de esta entidad, enfocada desde los ángulos más diversos, constituye el camino más correcto que nos lleve el diagnóstico temprano y en su día a la curación definitiva.

La relativa escasez de estudios estadísticos en nuestro medio nos ha estimulado a la realización de este modesto aporte a la lucha contra el terrible mal.

MATERIAL

Los casos objeto de estudio han sido recopilados del Archivo de Casos Codificados (A. C. C.) del Departamento de Radiología del Hospital-Escuela "General Calixto García". En el mismo aparecen clasificados, desde el período de abril de 1961 a diciembre de 1964, la cantidad de 266 casos de neoplasias del pulmón, de ellos 188 tienen comprobación anatomopatológica. Hemos escogido cien casos comprobados y en los que además el diagnóstico del tipo histológico pudo precisarse sin lugar a dudas o como sucedió en uno de los casos presentados en el trabajo, se estudió exhaustivamente (era un caso de necropsia) y no pudieron los patólogos precisar su filiación histológica. Después de estar trabajando con el material ya seleccionado, fueron codificados 8 casos más con comprobación histológica, pero no fueron incluidos.

FACTORES ETIOLOGICOS

Se consideraron los siguientes factores etiológicos: Edad, sexo, raza y *ú* eran o no fumadores.

1 Radiólogo del Hospital Antituberculoso de la Habana "Julio Trigo", Calzada de Bejucal, s/n., Habana, Cuba.

2 Radiólogo del Hospital Militar Docente "Dr. Carlos J. Finlay", Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

3 Radiólogo del Hospital Neurológico de la Habana, Calle D y 29, Vedado, Habana, Cuba.

4 Radiólogo del Hospital General de Sancti Spiritus, Las Villas, Cuba.

Década: 0-9 10-19 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69 70-79 80-89 90-

No. de casos: 0 0 1 1 9 27 37 20 5 0

EDAD:		SEXO:	
Mínima .....	... 28	Masculino	
Promedio .....	... 62	Femenino	29
Máxima	89		
RAZA:		TABACO:	
Blanca .....	... 56	Fumadores	78
Negra	14 ' 40	No fumadores	7
Meztiza	26	No referido en la H. C	15
Amarilla	3		
No referido	1		

Como se ve en nuestro medio observamos prácticamente lo mismo que en otros países: Gran predominio en el sexo masculino, mayor frecuencia de casos entre las décadas quinta y

sexta, sobre todo en esta última; ligero predominio de la raza blanca sobre la negra y mestiza. Notable incidencia entre los fumadores.

MATERIAL ANATOMOPATOLOGICO

El diagnóstico se hizo por los siguientes medios:

Necropsias:	(Toracotomía:	
Biopsia quirúrgica: < Neumonectomía: .	..... 13 ..	. 31
	(Lobectomía:	
Biopsia de ganglios cervicales:		
Estudio citológico de esputos: . .		
Biopsia broncoscópica: . .		
Biopsia del T. C. S.: ...		
Biopsia de minoración gingival•		

OTA. De los tres casos que aparecen como necropsias, uno tenía previamente toracotomía exploradora. Una biopsia broncoscópica y otro craneotomía por tumor cerebral que resulto metastasico. En los tres se corroboró el diagnóstico previo.

CLASIFICACION ANATOMOPATOLOGICA

<i>Carcinoma epidermoide:</i>	32
<i>Carcinoma indiferenciado:</i> . . .	30
<i>Adenocarcinoma:</i>	26
<i>Carcinoma alveolar:</i>	6
<i>Mesotelioma pleural:</i>	2
<i>Sarcoma (rabdomyosarcoma) :</i>	1
<i>Adenoma bronquial:</i>	1
<i>Tumor de colisión:</i>	1
<i>No puede precisarse:</i>	1

Se aprecia por lo tanto un ligero predominio del carcinoma epidermoide sobre el carcinoma indiferenciado y algo mayor sobre el adenocarcinoma. (Figs. 1, 2 y 3).

De los dos casos de mesotelioma pleural uno pertenecía al tipo de mesotelioma fibroso y otro al tipo maligno difuso. (Fig. 4).

El sarcoma se catalogó como rabdomyosarcoma. (Fig. 5).

El adenoma bronquial pertenecía al tipo carcinoide. (Fig. 6).

El tumor de colisión se trataba de un caso en cuyo pulmón se desarrollaban dos neoplasias al mismo tiempo: una que pertenecía al tipo de carcinoma indiferenciado y otra al carcinoma epidermoide. (Fig. 7).

El caso que no pudo precisarse su verdadera variedad histológica, se trataba de una masa tumoral periférica estando los bronquios indemnes.

CONSIDERACION DE LOS FACTORES ETIOLOGICOS ATENDIENDO AL TIPO HISTOLOGICO

Carcinoma epidermoide:

<i>Sexo:</i>		<i>Raza:</i>		<i>Edad:</i>	
Masculino	26	Blanca	16	Máxima	81
Femenino	6	Negra y mestiza . .	14	Promedio	63
		Amarilla	1	Mínima	40
		No referido	1		

Carcinoma indiferenciado:

<i>Sexo:</i>		<i>Raza:</i>		<i>Edad:</i>	
Masculino	21	Blanca	21		80
Femenino	9	Negra y mestiza . .	8	Promedio	61
		Amarilla	1	Mínima	40

Adenocarcinoma:

<i>Sexo:</i>		<i>Raza:</i>		<i>Edad:</i>	
Masculino	20	Blanca	15		78
Femenino	6	Negra y mestiza . .	10	Promedio.....	60
		Amarilla	1	Mínima	28

Carcinoma Alveolar:

<i>Sexo:</i>		<i>Raza:</i>		<i>Edad:</i>	
Masculino	3	Blanca	2	Maxima	89
Femenino	3	Negra y mestiza . -	4	Promedio	66
				Mínima	56



Fig. 1.—Masa tumoral periférica. Carcinoma epidermoide.

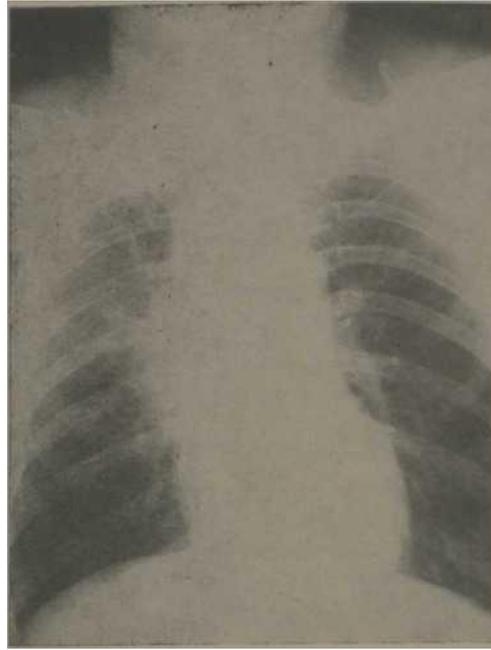


Fig. 2.—Carcinoma indiferenciado. Tumoración hilar sin atelectasia. Adenopatías mediastínicas.

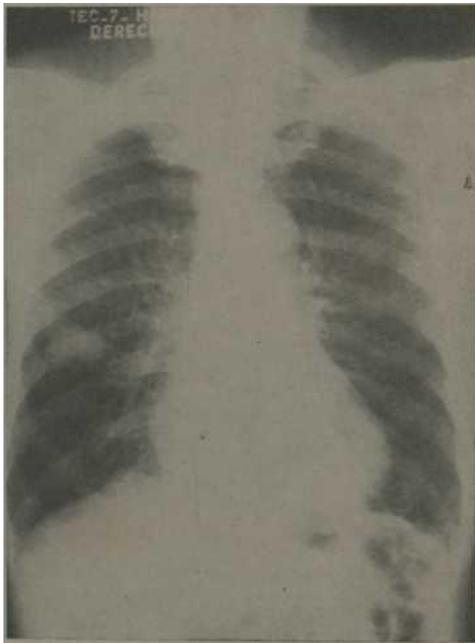


Fig. 3. Lesión nodular. Adenocarcinoma



Fig 4.—Mesiotelioma pleural.

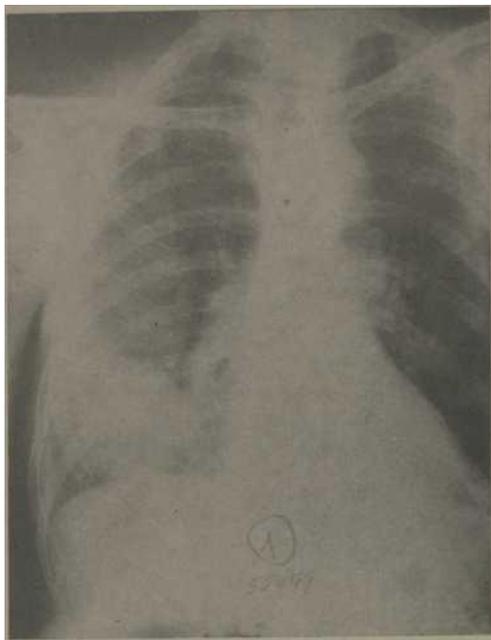


Fig. 5.—Masa tumoral periférica. Rbdomiosar- coma.

En nuestra casuística no apreciamos como en otras la frecuencia del adeno-

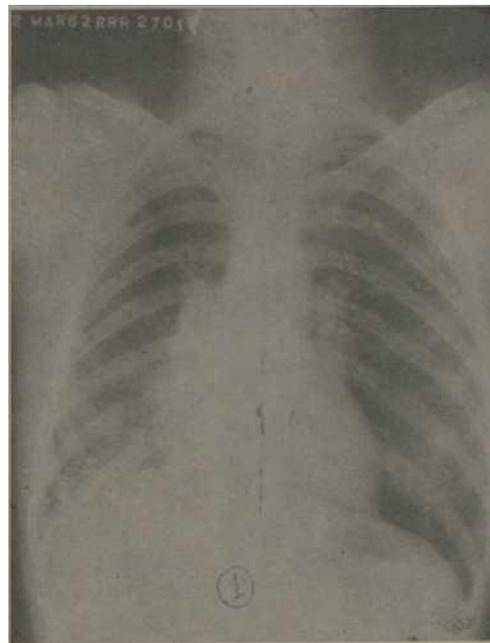


Fig. 6.—Adenoma bronquial. Metástasis a ganglios del mediastino.

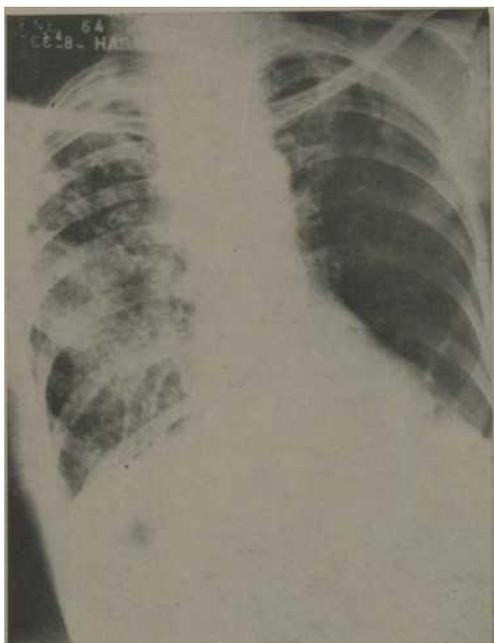


Fig. 7.—Tumor de colisión.

carcinoma en el sexo femenino. Prácticamente el carcinoma epidermoide, el indiferenciado y el adenocarcinoma tienen una incidencia semejante para el sexo: Franco predominio en el masculino.

La distribución a partes iguales del carcinoma alveolar no la consideramos de valor por el escaso número de casos.

La raza no parece jugar un papel fundamental. En cuanto a la edad los distintos tipos de carcinomas fluctúan alrededor del promedio calculado para todos los casos en su totalidad (alrededor de 62).

METASTASIS

Se consideran como metastásicos aquellas lesiones comprobadas por: Necropsias, biopsias de adenopatías, las osteólisis óseas, las adenopatías mediastínicas evidentes al examen radiográfico y los reportes quirúrgicos de casos considerados como inoperables.

Total, de casos con metástasis: 67

Carcinoma epidermoide: 22 (de un total de 32). Carcinoma indiferenciado: 20 (de un total de 30). Adenocarcinoma: 19 (de un total de 26). Carcinoma alveolar: 1 (de un total de 6). Sarcoma: 1 (el único caso). Mesotelioma: 1 (de dos). Adenoma carcinoide: el único caso. Tumor de colisión: el único caso. Tumor no identificable: el único caso.

Sitio de las metástasis:

Ganglios del mediast no:	3
<u>Pleura:</u>	<u>7</u>
Ganglios cervicales:	1
<u>Huesos:</u>	<u>3</u>
(costillas: 7; col. vertebral:	1
fémur: 2)	2
Glándulas suprarrenales:	1
<u>Hígado:</u>	<u>1</u>
<u>Encéfalo:</u>	<u>9</u>
(cerebro: 7; cerebelo: 2)	0
Pulmones:	8
<u>Riñón:</u>	<u>0</u>
Corazón, pericardio y grandes va-	
<u>Ganglios intraabdominales:</u>	<u>4</u>
<u>Diafragma:</u>	<u>9</u>
<u>Esófago:</u>	<u>2</u>
<u>Intestino y mesenterio:</u>	<u>2</u>
<u>Tejido celular subcutáneo:</u>	<u>2</u>
<u>Velo del paladar:</u>	<u>1</u>
<u>Pancreas:</u>	<u>1</u>

Resulta elevado el número de casos con metástasis: (67).

Es relativamente frecuente en nuestros casos las metástasis a las glándulas suprarrenales (11), no siendo las hepáticas tan frecuentes en comparación con otras estadísticas.

Sintomatología:

Los síntomas más frecuentes fueron: tos, dolor, disnea y expectoración hemoptoica. Muchos casos consultaron por síntomas extra-respiratorios y tres casos eran asintomáticos, constituyendo un hallazgo radiográfico la neoplasia. La sintomatología inicial fue:

- 1) Síntomas referidos al aparato respiratorio: 69 casos.
- 2) Síntomas extra-respiratorios: 19 casos.
- 3) Síntomas extra-respiratorios al inicio seguidos casi inmediatamente por síntomas respiratorios: 8 casos.
- 4) Asintomáticos: 3 casos.

De un caso se desconoce la sintomatología por no aparecer la H.C.

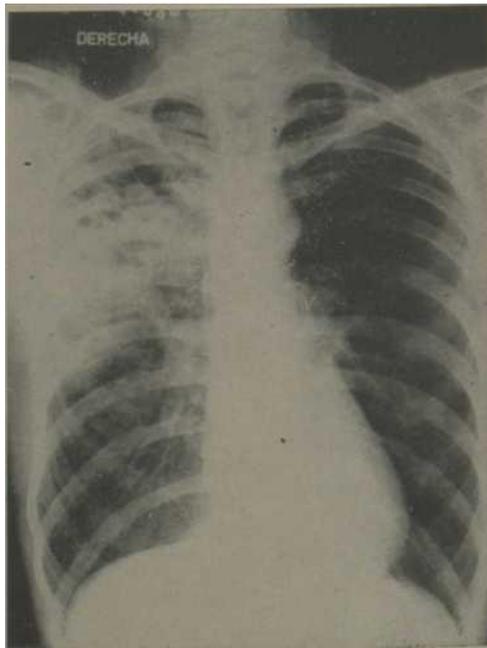


Fig. 8.—Asociación de T.B. más neoplasia.

De los síntomas respiratorios los iniciales fueron por orden de frecuencia:

dolor toraxico.....	23
.disnea	11 "
Hemoptisis:	4 "

26 casos presentaron expectoración hemoptoica en algún momento de su evolución.

8 casos presentaban antecedentes de neumopatía crónica (asma, bronquitis crónica, etc.)

Dos casos presentaban asociación de neoplasia y T. B. activa en el mismo pulmón. (Fig. 8).

2) Síntomas extrarrespiratorios al inicio:

Síndrome neurológico:	7 casos
Síndrome general:	8 "
Síndrome digestivo:	1 "
Impotencia funcional del miembro inferior:	1 "
Dolor en el hombro con irradiación al brazo:	1 "
Tumoración en el paladar:	1 "

3) Síntomas extrarrespiratorios seguidos casi inmediatamente de síntomas respiratorios:

Síndrome general:	8..
Síndrome digestivo:	1 "
Síndrome neurológico:	1 "

Presencia de fiebre en algún momento de la evolución: 13 casos.

Asociación a enfermedades sistémicas: Un caso era diabético y otro demente.

Un caso era portador además de la neoplasia del pulmón, otra neoplasia de vejiga y otro tenía además una neoplasia del estómago. En

ambos se pudo eliminar sin lugar a dudas la posibilidad de metástasis.

4) Tres casos resultaron prácticamente un hallazgo: El primero se trataba de un paciente que ingresó con un cuadro de íleo mecánico por bridas que fue intervenido quirúrgicamente, presentando en el postoperatorio un neumotorax espontáneo. Al hacerse radiografía de tórax se descubrió una imagen nodular en el pulmón al que se le hizo posteriormente una lobectomía comprobándose una neoplasia.

El segundo caso se trataba de un accidente vascular encefálico al que se le hizo estudio radiográfico de tórax descubriéndose el neo.

El paciente falleció posteriormente y se constataron infartos cerebrales responsables del síndrome neurológico y ninguna metástasis encefálica. El tercer caso consulta por dolores articulares de años de evolución y al que se le indicó el estudio de tórax como chequeo.

Examen físico:

Síndrome de condensación atelectásica:	8 casos
Síndrome de interposición lóbulo superior:	10 "
Síndrome mediastínico:	3 "
Dedos en palillo de tambor: . .	2 "

El resto de los casos no presentaban hallazgos físicos de gran importancia o el examen físico era negativo.

Un solo caso presentaba el síndrome de Pancoast aunque incompleto.

Localización topográfica del tumor.

Hemitórax izquierdo: 60	
Lóbulo superior:	34 casos
Lóbulo medio:	5 "
Lóbulo inferior:	13 "

Bonquío intermedio:	4
Bronquiotronco:	3
No puede precisarse:	3
Hemitórax izquierdo: 38	
Lóbulo superior:	19 casos
Lóbulo de la Ingula:	1
Lóbulo infer'or:	11
Bronquiotronco:	6
No puede precisarse:	1 "

Localización en la carina y ambos bronquiotroncos: un caso.

En un caso no pudo precisarse el sitio exacto del tumor ya que se trataba de un carcinoma indiferenciado a forma mediastinopulmonar con adenopatías mediastínicas múltiples en el que el diagnóstico anatomopatológico se hizo por biopsia de un ganglio cervical.

En 48 casos el tumor asentaba en bronquios de primero o segundo orden. Los dos mesoteliomas, el sarcoma y el que no pudo precisarse su tipo histológico eran desde luego ajenos al árbol bronquial.

El caso del tumor de colisión, el correspondiente al carcinoma indiferenciado asentaba en un bronquio de primer orden y el carcinoma epide molde era periférico. En cuatro casos es muy difícil precisar el asiento del tumor y el resto se originaban en bronquios periféricos.

FORMAS RADIOGRAFICAS

Es bastante difícil hacer una clasificación de los distintos aspectos radiográficos con que se presenta la neoplasia de pulmón, ya que por una parte ésta puede manifestarse en forma sumamente variadas y por otra en la mayoría de las veces no vemos la neoplasia en su forma "pura" sino que la imagen radiográfica que visualizamos corresponde a una de sus frecuentes complicaciones: atelectasia,

abscedación, derrame, etc. Hay que tener en cuenta también que la misma representa un estadio evolutivo en el curso de la afección.

Reconociendo que el intento de clasificación que ofrecemos a continuación es muy posible que no satisfaga a todos agrupamos los casos por nosotros estudiados en los siguientes grupos:

Masa tumoral periférica: ...	16 casos
Lesión nodular:	10
Supuración pulmonar:	7

Derrame pleural:

Masivo:	2 "
Parcial:	8 "

Tumoración hiliar:

Única (s'n atelectasia): ...	16
Con atelectasia:	10 "
Múltiple, uni o bilateral: ...	5 "
Atelectasia total:	6 "
Vértice opaco (tumor más atelectasia):	10 "
Forma bronconeumónica: ..	5 "
No visible:	5 "

Se consideró el diámetro de 4 cms. para diferenciar una masa tumoral de una lesión nodular. La forma llamada por nosotros tumoración hiliar es la también llamada forma mediastinopulmonar. (Figs. 9 y 10). La forma bronconeumónica, algunos casos de los clasificados como "vértice opaco" (Fig. 11) y quizás alguno de los casos encasillados como tumor hiliar con atelectasia asociada correspondan a las formas llamadas infiltrativas.

Hemos considerado para la clasificación anterior examen radiográfico del paciente al inicio de su afección o el primero que poseemos.

Muchas de las formas de tumoración hiliar presentaron durante su curso evolutivo una atelectasia total o parcial. (Figs. 12a y 12b).

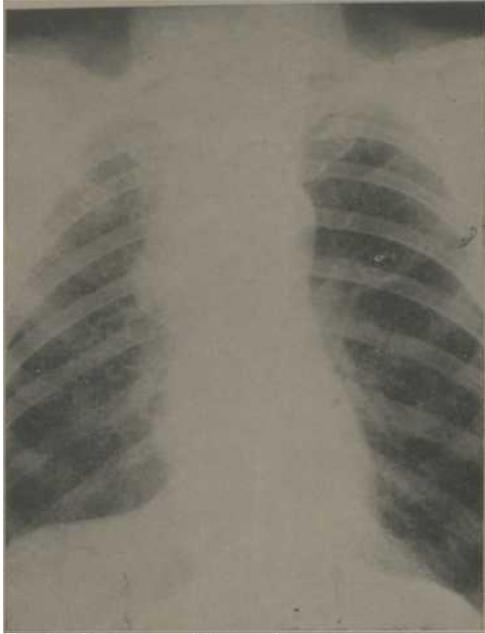


Fig. 9.—Carcinoma indiferenciado.

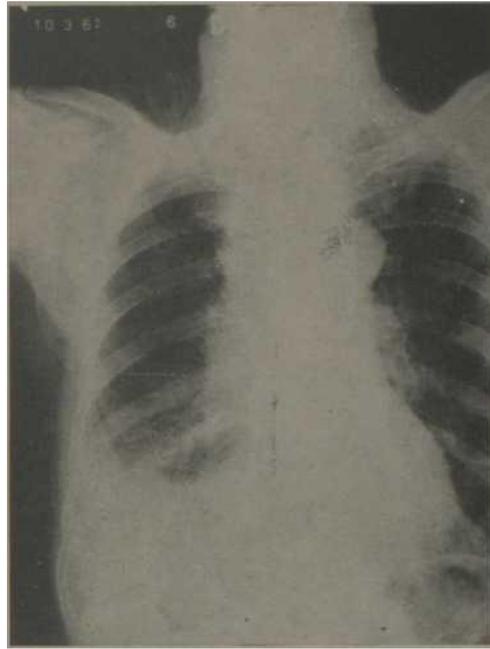


Fig. 10.—Carcinoma indiferenciado. Tumoración hilar. Adenopatías mediastínicas. Derrame pleural de la base.

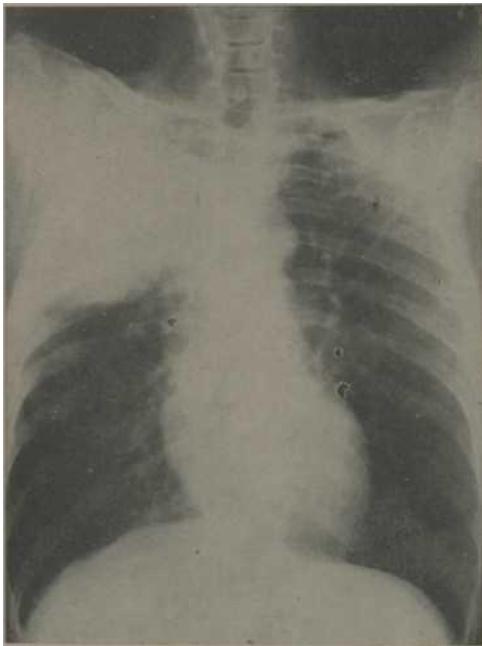


Fig. 11.—Masa tumoral del lóbulo superior derecho. Carcinoma epidermoide.

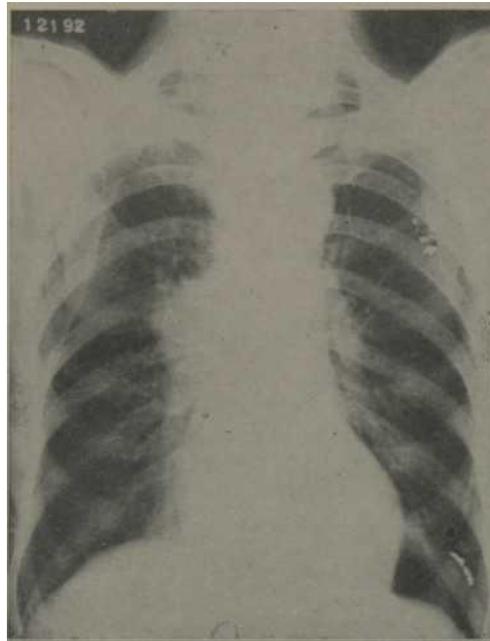


Fig. 12-a.—Tumoración hilar. Carcinoma indiferenciado.

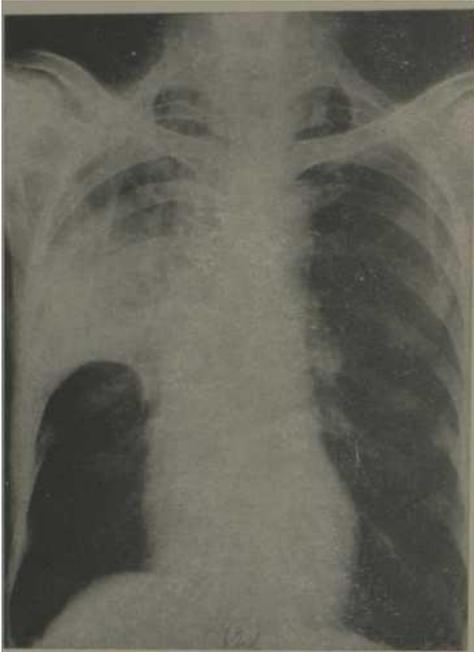


Fig. 12-b.—El mismo caso anterior en estadio más avanzado. Atelectasia.

FORMAS RADIOGRAFICAS MAS FRECUENTES
ATENDIENDO AL TIPO HISTOLOGICO
DEL TUMOR

Carcinoma epidemuxde:

Masa tumoral periférica: . . . 8 casos Vértice
opaco: 6 ”

Adenocarcinoma:

Lesión nodular: 6 casos
Masa tumoral periférica: ... 4 ”

Carcinoma identificado:

Tumoración hiliar: 20 casos
Atelectasia total: 5 ”

Carcinoma Alveolar:

Lesión nodular:..... 2 casos
Derrame pleural: 2 ”

Meso tedio ma:

Derrame pleural: 1 caso
Masa tumoral: 1 ”

Sarcoma:

El único caso se manifestó como una masa tumoral.

Adenoma bronquial:

El único caso como tumoración hiliar con adenopatías.

Adaptación al esquema de Liebow.

Liebow, patólogo de la Universidad de Yale, es autor de uno de los trabajos más conocidos y al mismo tiempo muy discutido en el que trata de relacionar el aspecto radiográfico del cáncer del pulmón con su tipo histológico señalando las siguientes características clínicorradiológicas. Carcinoma epidermoide: Tumor periférico, de crecimiento lento, que frecuentemente se absceda y necrosa con tendencia a invadir la pared costal dando metástasis tardías.



Fig. 13.—Gran masa tumoral. No atelectasia. Carcinoma epidermoide.



Fig. 14-a.—Atelectasia total del hemitórax izquierdo. Carcinoma indiferenciado.



Fig. 14-b.—Corte tomográfico del caso anterior. "Stop" del bronquio tronco izquierdo.

(Fig. 13). Señala además (cosa que nosotros no hemos comprobado) que se presenta en pacientes de más edad que los otros tipos de tumores y que tiene un franco predominio por el sexo masculino (nosotros hemos observado igual predominio por el sexo masculino en los otros carcinomas). El carcinoma indiferenciado: Tumor pequeño, de asiento el bronquiotronco, con adenopatías mediastínicas frecuentes y metástasis tempranas. No concuerda con nuestras observaciones el que se presente con frecuencia por debajo de los 40 años.

Podemos apreciar en nuestros casos lo frecuente que se presentan atelectasias totales (Figs. 14a y b), lo que se deduce teniendo en cuenta su localización preferida. El adenocarcinoma da lesiones periféricas, de pequeño tamaño (imagen nodular), de crecimiento rápido, raro que invadan la pared cos-

tal, metastatizando tempranamente. No hemos comprobado que sea el carcinoma más frecuente entre las mujeres. De acuerdo con este esquema y nuestras observaciones vemos que de los 32 casos de carcinomas epidermoides: 17 se adaptan al esquema, de los 30 casos de carcinomas indiferenciados 28 se adaptan al mismo y de los 26 casos de adenocarcinomas sólo lo hacen 10 casos.

OTRAS CONSIDERACIONES RADIOGRAFICAS

Se practicó estudio tomográfico en 62 pacientes y broncografías en 50. El estudio broncográfico resultó de diagnóstico preciso (stop e infiltración bronquial) en 27 casos (Figs. 15, 16, 17 y 18).

En 9 casos se puede hacer una correlación tomo-broncográfica por la cual en la tomo se visualiza el estrechamiento por infiltración tumoral del bronquio y su stop pudiéndose superponer des-

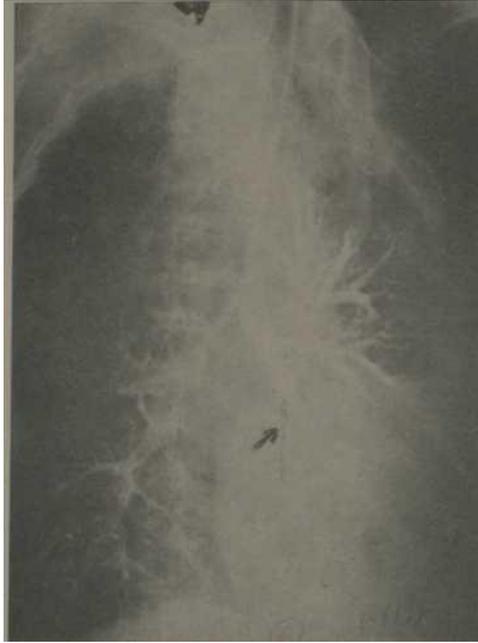


Fig. 15.—Carcinoma del bronquio tobar inje izquierdo.



Fig. 16.—“Stop” e infiltración carcinomatoso rior del bronquio correspondiente al segmento apical del lóbulo superior derecho.

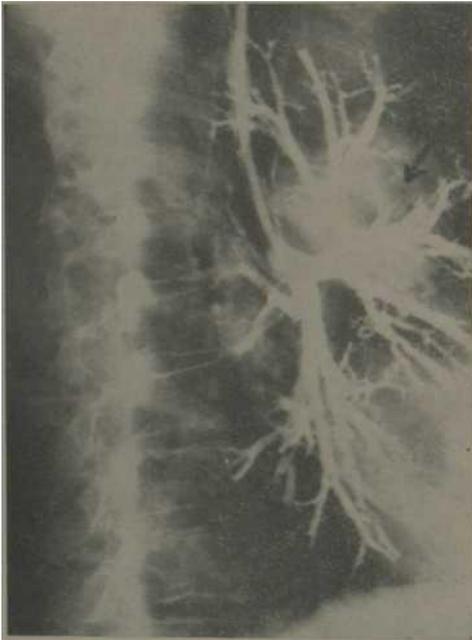


Fig. 17.—Broncografía. “Stop” de una de las ramas subsegmentarias del lóbulo superior izquierdo.



Fig. 18.—Broncografía. “Stop” e infiltración del bronquio lobar superior.



Fig. 19-a.—Corte tomográfico en que se aprecia el estrechamiento por infiltración neoplásica del bronquio del lóbulo superior derecho.

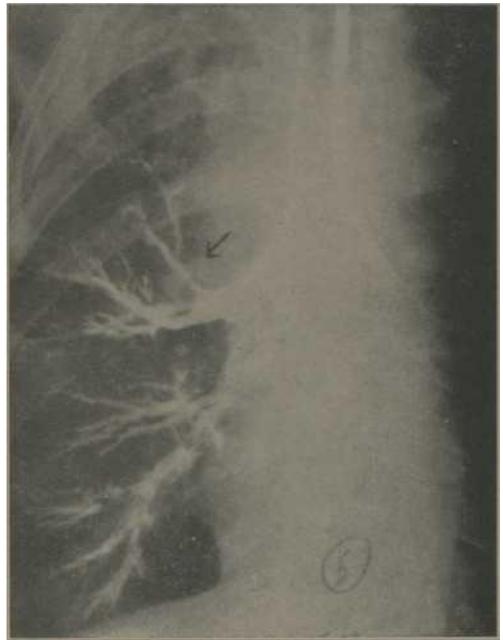


Fig. 19-b.—Broncografía del caso anterior que corrobora los hallazgos descritos.

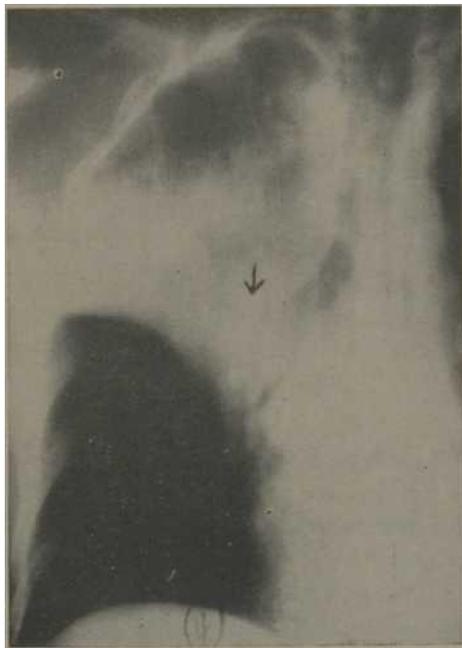


Fig. 20-a.—Corte tomográfico. Atelectasia del lóbulo superior derecho. Afiuimiento del bronquio lobar superior derecho.

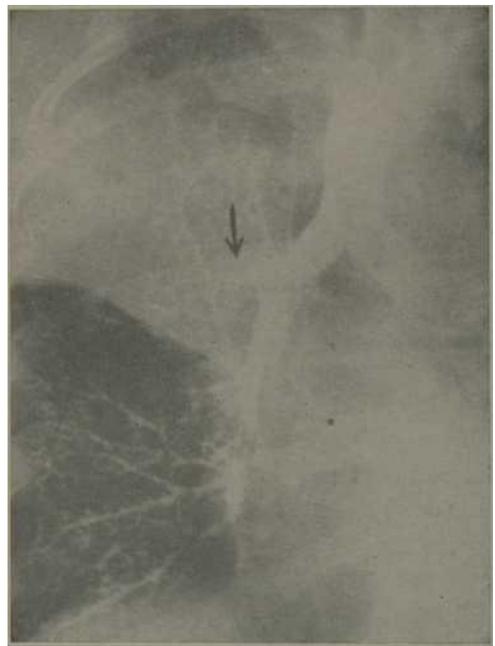


Fig. 20-b.—Broncografía del caso anterior. Exacta correlación tomobroncográfica.



Fig. 21.—Corte tomográfico de un nódulo periférico abscedado.

pués con la imagen broncográfica (Figs. 19, (a y b) y 20, (a y b). Hay otros 5 casos de estudio tomográfico en que también se visualiza la lesión bronquial, pero en los que no pudo practicarse la broncografía pero se comprobó después con la pieza la veracidad de la imagen radiográfica.

COMENTARIOS

Llama la atención la alta cantidad de casos autopsiados: 44 y los casos con metástasis: 67 debido a lo tardío que llegan al hospital los pacientes, lo cual se refuerza con la observación de que los casos sometidos a intervención quirúrgica sólo en 8 se practicó lobectomía por ser en éstos la lesión pequeña.

La relativa frecuencia de las metástasis del neo de pulmón en las glándulas suprarrenales (11) por encima de las metástasis hepáticas que alcanzan un número mayor que el nuestro



Fig. 22.—Corte tomográfico de una nmsa tumo- ral abscedada. Signo del "peñón". Carcinoma alveolar.

(9) en otras estadísticas.

La mayor frecuencia de la neoplasia en el pulmón derecho (60) y en lóbu- lo superior (34).

No pudo diagnosticarse un solo caso en la fase más temprana posible radiográficamente: el enfisema obstructivo.

No se observó una franca tendencia como señala *Liebow* del adenocarcinoma entre el sexo femenino, ni que el carcinoma indiferenciado se presente con frecuencia por debajo de los 40 años.

Es notable el gran número de carcinomas indiferenciados que se adaptan al esquema (28 de 30 casos), pudiendo hacerse el diagnóstico con un mínimo de error cuando éste adopta el aspecto de tumoración hilar pura o con atelectasia asociada, única o múltiple o bilateral. En estos casos hay que hacer el diagnóstico diferencial con los linfomas

y con los tumores metastásicos. En caso de visualizarse una masa tumoral: al periférica existe un gran número de posibilidades de que se trate de un carcinoma epidermoide, que aumentan aún más si invade la pared costal o presenta zonas de abscedación o necrosis (Fig. 21) en su interior. Cuando se trate de una imagen nodular periférica (desde luego si se trata de un tumor) ésta puede ser: un adenocarcinoma, un carcinoma epidermoide pequeño, que si se dejara evolucionar llegaría a una masa tumoral, o un carcinoma alveolar (Fig. 22). Por cuestiones de frecuencia debemos pensar de que ocurra la primera posibilidad.

En nuestra casuística sólo aparece un tumor con los caracteres del síndrome de Pancoast. Consideramos que ello se debe a lo difícil que es comprobar este tumor desde el punto de vista anatomopatológico, ya que es de difícil abordaje quirúrgico y a que la osteólisis costal que ocasiona con frecuencia impone a la entidad un sello de indiscutible malignidad, utilizándose más la terapéutica radiante.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se estudian 100 casos de neoplasias del pulmón con diagnóstico anatomopatológico en que se señala su variedad histológica y se enfocan desde los ángulos más diversos.
2. Se establece la necesidad en nuestro medio de una mayor difusión de los exámenes radiográficos masivos para detectar la neoplasia en estadios tempranos.
3. El franco predominio del sexo masculino (71) sobre el femenino (29). La alta incidencia de la neoplasia entre los fumadores (78) de un total de 85, ya que en 15 pacientes no pudo determinarse si fumaban o no. El ligero predominio

de la raza blanca (56) sobre la negra y mestiza (40). La edad promedio fue de 62 años.

4. El estudio de los factores etiológicos señalados anteriormente: Edad, sexo, raza y tabaco, no mostró ninguna variación de importancia al considerar estos factores de acuerdo con el aspecto histológico de cada tipo de tumor en particular.
5. Los síntomas más frecuentes al inicio fueron la tos (31), dolor torácico (23), disnea (11) y expectoración hemoptoica (4), estando esta última presente en 26 casos.
6. 27 casos iniciaron el cuadro por síntomas extrarrespiratorios, de los cuales 8 constituyeron un síndrome neurológico, por metástasis encefálicas de un neo pulmonar silente. Lo cual en términos generales coincide con estadísticas de mayor envergadura.
7. El carcinoma epidermoide es el más frecuente en nuestra casuística (32) seguido del carcinoma indiferenciado (30).
8. De los 31 casos intervenidos quirúrgicamente, 10 resultaron inoperables (toracotomía exploradora) por lo que deben ponerse en práctica modernos tipos de investigaciones como azigografías, opacificaciones vasculares pulmonares, etc., para detectar metástasis y no someter a la intervención innecesarias a los pacientes.
9. A pesar de lo proteiforme de las manifestaciones radiográficas se intenta agrupar las formas más frecuentes observadas en 9 grupos de los cuales, la tumoración hilar con o sin atelectasia asociada, la forma de masa tumoral y la imagen nodular constituyen las más frecuentes.

10. Se incluyen 5 casos no diagnosticados radiográficamente con los exámenes realizados.
11. No se visualizó ninguna imagen de enfisema obstructivo localizado, que se considera de gran valor en el diagnóstico precoz del cáncer.
12. El "stop" e infiltración bronquial demostrable por la tomografía y sobre todo por la broncografía constituyen el signo radiográfico de más valor en nuestra práctica diaria para el diagnóstico.
13. El carcinoma indiferenciado es el que más se adapta al esquema de diagnóstico por el examen radiográfico simple. Le sigue en orden el carcinoma epidermoide, siendo el más difícil el adenocarcinoma, excepto cuando adopta la forma nodular.
14. Todo paciente en el que se sospecha clínicamente una neoplasia debe ser sometido por orden de frecuencia: Una radiografía simple en posición PA y lateral del lado donde asiente la lesión, (y de acuerdo con las características de la misma practicar o no: vista con técnica penetrada, con técnica de vértices, en posición de Pancoast). Seguidamente un estudio tomográfico de la zona sospechosa y después una broncografía. Debe valorarse posteriormente las opacificaciones vasculares.
En ocasiones también hay que recurrir al estudio kimográfico, vistas del tórax en inspiración y espiración, esofagograma, etc.
15. Todo paciente por encima de los 40 años, que presente una opacidad pulmonar debe someterse a estudios seriados y otros

exámenes que permitan descartar la neoplasia en forma concluyente.

16. Deben seguirse estudiando todos los casos de neoplasia del pulmón enfocándolos desde los ángulos más diversos a fin de reunir cada vez casuística más numerosa.

RECONOCIMIENTO

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todo el personal del Hospital en especial a los Departamentos de Radiología y Anatomía Patológica, así como a los empleados del Dpto. de Historias Clínicas y a la Sra. Julia Meunier y Sr. José Nadal del Dpto. del Archivo de Casos Comprobados de Radiología, por las facilidades que nos brindaron en la recopilación de los datos necesarios para la realización de este trabajo.

SUMMARY

One hundred cases of primitive pleu-ropulmonary neoplasm are review dur- ing the period from april 1961 to de- cember 1964, in the "Hospital General Calixto García". Patliological studies were carried out in all cases.

The masculin sex prevailed over the feminine sex and there was high inci- dence between the smokers.

The whole analysis of the etiological factors such as age, sex, race and tobáceo did not show any important variation with regard to the histológica! appea- rance of eacli particular type of group.

It is of importance to point out that in 28 of 30 cases of indifferenciaded tu- mors the diagnosis can be establislied following the Liebow's outline.

A comparative study with other na- tional and foreign statics is made and it is stressed the necessity for a greater diffusion in our country of a massive radiographical examinations to detect the neoplasm at early stages.

RESUME

On y fait une révision de 100 cas de neoplasies pleuro-pulmonaires primitives étudiées dans le "Hospital General Calixto García" pendant le temps écoulé entre avril de 1961 et décembre de 1964. On y fit la comprobation anatomopatologique dans tous les cas.

Il y eut une prédominance de sexe masculin sur le féminin et une grande quantité de fumeurs.

L'analyse globale des facteurs étiologiques

tels comme l'âge, le sexe, la race, et la fumée ne montra aucune variation d'importance dans l'aspect étiologique de chaque type de tumeur particulier.

On y signale que de 30 cas de carcinomes indifferencias le diagnostic fut établi dans 28 cas, suivant le schéma de Liebow.

On y fait une étude comparative avec des autres statistiques nationales et étrangères et on fait de l'emphase sur la nécessité dans notre pays d'une plus grande diffusion des examens radiologiques massifs pour détecter la neoplasie.

BIBLIOGRAFIA

1. —*Banet*: Clínica y Terapéutica quirúrgica. Tomo III. pág. 207.
2. —*Bateson*: The Solitary circumscribed bronchogenic carcinoma. The British Journal of Radiology. 37: 398. Agosto, 1964.
3. —*Garland*: The detection of carcinoma of the Lung by screening procedures. Roentgenology. 74 : 402. Sept., 1955.
4. —*H inshaiv-Garland*: Enfermedades del Tórax. Pág. 299.
5. —*Hitchison*: Intratoracic Mesotelioma. Radiology. 80: 937 June, 1963.
6. —*Liebow*: Pathology of Carcinoma of the Lung as related to the Roentgen shadow. Roentgenology. 74: 383. Sept., 1955.
7. —*Paul and Juhl*: The essentials of Roentgen interpretation. Pág. 648.
8. —*Rigler*: The Roentgen signs of Carcinoma of the lung. Roentgenology, 74: 415. Sept., 1955.
9. —*Ritvo*: Chest XRay Diagnosis. Pág. 183.
10. —*Selby*: The X Ray appearance of oat-cell cancer of the lung. Radiology 81: 817 Nov. 1963.
11. —*Shanks*: Roentgen-Diagnostico (V. ed.) Tomo III, pág. 2495.
12. —*Woodruff*: Bronquilar Carcinoma. Radiology. 70: 335.
13. —*Shinz*: Roentgen-Diagnostico (III ed.) Vol. II pág. 775.

Ya está impreso

EL SEGUNDO TOMO DE TEMAS DE LAS RESIDENCIAS

que contiene las tesis:

1. TUMORES PRIMITIVOS DEL URETER

por el Dr. Francisco J. Alonso Domínguez

2. GRANULOMATOSIS HEPATICA

por la Dra. Mercedes Batule Batule

3. HIPOTIROIDISMO

por la Dra. María Josefa Güeche García

editado por el

CENTRO NACIONAL DE INFORMACION DE CIENCIAS MEDICAS

Precio del ejemplar \$2.00

Este libro está a la venta en las Librerías de 27 y L, Vedado, Habana, Lalo Carrasco”, Hotel Habana Libre, en las principales librerías del interior de la República, y también se puede solicitar por correo a “La Moderna Poesía”, Apdo. 605, La Habana, enviando el importe señalado y \$0.25 adicionales para el franqueo certificado.