

# Nódulo solitario de pulmón

## Importancia de la biopsia extemporánea. A propósito de un caso.

Dres. Luis Felipe Díaz y Artigas Xavier

Se presenta el caso de un paciente de 38 años portador de una lesión moneda de hallazgo radiológico que se intervino con el diagnóstico presuntivo de Neoplasma.

Intra-operatoriamente se pensó en una secuela hidática, error que fue subsanado por la biopsia extemporánea que mostró un adenocarcinoma, por lo que insistimos en su importancia. Se practicó lobectomía inferior derecha.

A los 4 meses el paciente está asintomático.

Se hace además somera revisión de las lesiones monedas en general.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Lung / Coin Lesion.

### OBSERVACION

E. K. 38 años. Sexo masculino.

Fumador intenso con episodios de expectoración mucopurulenta y en ocasiones con estriás de sangre hace 6 meses. Tres meses después en examen radiológico de rutina se le encuentra un nódulo de pulmón (fig. 1), localizada en base derecha.

En diciembre de 1975 es enviado al Hospital de Clínicas. El examen clínico no aportó ningún dato a consignar. Se realizó un estudio tomográfico que mostró la lesión incambiada con respecto a la placa anterior (fig. 2). El resto de los exámenes paraclínicos fueron normales.

Con el diagnóstico presuntivo de neoplasma de pulmón se intervino el 17-II-76 por toracotomía posterolateral derecha. Se encontró un nódulo del lóbulo inferior, segmento basal medio de 4 cms. de diámetro, que se abrió durante la exploración dando salida a material necrótico, quedando una cavidad con un bronquio mediano soplando en el fondo. El resto del parénquima era normal y no habían adenopatías.

Ante la duda diagnóstica entre un adenocarcinoma ya sea primario o secundario y una secuela hidática del tipo de retención seca de membrana alterada, se efectuó el estudio extemporáneo del material extraído.

El informe fue: adenocarcinoma. Se practicó lobectomía inferior derecha. Postoperatorio sin incidentes.

La anatomía patológica de la pieza fue informada como metástasis pulmonar de un adenocarcinoma medianamente diferenciado con áreas papilares.

*Clinica Quirúrgica "A" (Dir. Prof. R. Rubio). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo.*

A 5 meses de operado el paciente se encuentra asintomático y los estudios realizados (radiológicos y gammagráficos) con el fin de encontrar el neoplasma supuestamente primitivo, han sido negativos.

### DISCUSION

En la actualidad nadie discute, ni es necesario insistir en el peligro de descuidar las pequeñas lesiones nodulares solitarias del pulmón, comúnmente denominadas "Coin Lesion" fundamentalmente en lo que tiene que ver con la posibilidad que su imagen corresponda a un cáncer.

La incidencia de éste en este tipo de lesiones es variable y depende evidentemente del material de estudio, ahí entran a jugar: edades, concepto de lesión moneda, presencia o no de sintomatología previa y en lo que tiene que ver con lo que nos atañe, la situación geográfica por la alta frecuencia en medios como el nuestro de nódulos solitarios que corresponden a quistes hidáticos de pulmón o sus secuelas. De cualquier manera la incidencia neoplásica es generalmente alta. Recordamos la serie de Johnston y Weinberg (3) en que sobre 784 lesiones monedas intervenidas quirúrgicamente 1/3 correspondían a tumoraciones malignas. En la serie de Delgado y Cols. (2), el cáncer aparece en el 21 % de los casos, aunque depurándola al eliminar las lesiones hidáticas aquél llega al 44.6 %.

Queremos referirnos a este tipo de lesiones cuando son asintomáticas y se encuentran en estudios radiológicos de rutina o en rastreos de colectividades. Así Hollin [citado por Rubin (4)] encuentra 666 nódulos en 600.000 Rx de tórax de rutina. No obstante su baja incidencia formulan cuando aparecen un desafío diagnóstico que abarca pre, intra y postoperatorio.

En el preoperatorio, el diagnóstico diferencial se plantea fundamentalmente con el quiste hidático o sus secuelas [53 % en los casos de Delgado (2)], granulomas y en último lugar la miscelánea integrada por hamartomas, adenomas, quistes broncogénos, etc. Los parámetros usados para resolver la duda: antecedentes, historia clínica y exámenes paraclínicos,

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 6 de octubre de 1976.

Profesor Adjunto de Cirugía y Residente de Cirugía. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Daniel Muñoz 2186 ap. 18, Montevideo. (Dr. A. Xavier).

fundamentalmente las características radiológicas, no son siempre suficientes. En el trabajo nombrado, un 27 % de los pacientes llegaron a la toracotomía ya sea sin diagnóstico o con el mismo erróneo. En estadísticas extranjeras donde no se incluyen casos de hidatidosis, ese porcentaje es aún más elevado.

En el intra-operatorio, durante la toracotomía exploradora, que es sin discusión el procedimiento diagnóstico más veraz, existen aun casos de difícil catalogación.

D'Abreu cita 6 casos con diagnóstico preoperatorio de cáncer, con dudas diagnósticas intraoperatorias, en los cuales se practicó la lobectomía, y cuyos diagnósticos finales anatómopatológicos fueron: 2 quistes hidáticos, 2 adenomas periféricos, 1 hamartoma y un absceso crónico de pulmón.

En la serie de Delgado (2) en 5 casos no se pudo hacer diagnóstico y en otros 5 éste fue erróneo. Dentro de estos últimos destacamos por la similitud con el caso que presentamos, una observación que presentaba un cáncer y fue confundido con una secuela hidática. En las series referidas no se utilizó la biopsia extemporánea.

Queremos insistir sobre la importancia de este procedimiento que permitió el diagnóstico correcto en el paciente que se presenta. En tercer lugar nos habíamos referido a la duda postoperatoria. Esta se presenta cuando las lesiones monedas asintomáticas, corresponden histológicamente a adenocarcinomas, y es entonces difícil definir si es un primitivo de pulmón o una metástasis de un cáncer asintomático de otra topografía.

El enfermo que presentamos planteó los 3 tipos de duda, una de ellas todavía sin aclarar.

Volviendo al tema central digamos que en el 10 % (2) de las toracotomías exploradoras por lesiones monedas, el cirujano o no hace diagnóstico o éste es erróneo.

Es en estos casos donde la biopsia extemporánea adquiere su máxima importancia con el fin de permitir un tratamiento correcto como sucedió en nuestro paciente. Es por eso que aun sabiendo las dificultades existentes en nuestro medio, es que insistimos en la necesidad de agotar las posibilidades tendientes a contar con un patólogo experimentado junto al cirujano al tratar pacientes con este tipo de le-

siones. Esa es la conducta que se sigue en todos los países en que se realiza cirugía de tórax en forma correcta.

## RESUME

### Nodule solitaire du poumon - Importance de la biopsie extemporanee.

Présentation du cas d'un patient de 38 ans avec une lésion "monnaie" ("coin lesion") découverte radiologiquement, qui fut intervenu à la suite d'un diagnostic de néoplasme.

Au cours de l'opération on pensa à une séquelle hydatique, mais la biopsie extemporanée permit de rectifier cette erreur en révélant un adénocarcinome. Pour cette raison son importance est soulignée.

Une lobectomie inférieure droite fut pratiquée, quatre mois plus tard le patient ne présente pas de symptômes.

Révisión succincte sur ce type de lésion.

## SUMMARY

### Isolated lung nodule. Importance of extemporaneous biopsy.

A coin lesion was detected by radiology in a 38-year-old patient, presumptively diagnosed as neoplasm and operated on.

The possibility of hydatid sequella was considered during the operation, a mistake corrected by extemporaneous biopsy which proved it to be an adenocarcinoma, thus showing the importance of this test.

A right lower lobectomy was performed.

Four months later the patient was asymptomatic.

The paper includes a brief review of coin lesions.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. D'ABREU AL. Cirugía torácica. Buenos Aires, El Ateneo, 1956.
2. DELGADO B, BRANDOLINO H, DIAZ B. Nódulo solitario del pulmón. *Cir Urug*, 42: 232, 1972.
3. JOHNSTON PW and WEINBERG JA. The significance of pulmonary coin lesions, a collective review of pulmonary coin lesions. *West J. Surg Gynecol Obstet*, 69: 318, 1956.
4. RÚBIN EW y RÚBIN MORRIS. Thoracic diseases. Philadelphia. W.B. Saunders Co. 1968.