

(Trabajo de la Clínica del Prof. Prat)

CONDROMA DE PULMÓN**Enrique LAMAS POUHEY**

A. G., uruguayo, 45 años. Enfermo en observación en policlínica médica por "lumbago". Dolores paroxísticos sobreviniendo en cualquier circunstancia, a localización lumbar derecha, e irradiándose hacia la pelvis y periné. El enfermo insiste en que esas crisis eran infaliblemente seguidas por emisiones de orina "turbia clara", llegando a tener aspecto lactescente.

Durante su examen médico completo realizado por el Dr. Anaya, se le encontró a la radioscopia una sombra redondeada del tamaño de una naranja en el campo pulmonar derecho (fig. 1), paramediastinal y que en posición oblicua se proyecta contra la pared ant. (fig. 2).

Este enfermo que no había acusado antecedentes de afección pulmonar alguna, se quejaba solamente de dolor en el hombro derecho. No presentaba durante las semanas que estuvo en observación, ni tos ni espectoración ni ningún signo que orientase hacia una afección de tal topografía. Los exámenes de laboratorio no arrojaron ningún dato de interés especial.

Su eosinofilia era de 2 %. La reacción de Cassoni negativa.

Con el diagnóstico de Q.H. pulmonar nos dispusimos a realizar su intervención en 2 tiempos, eligiendo la vía de abordaje bajo la pantalla fluoroscópica y tatuando el punto de elección.

Intervención. — 1er. Tiempo: Dr. E. Lamas Pouey y Dr. Eugenio Prat. Anestesia local a la altura de la IV costilla por dentro de la línea mamilar. Resección costal de 5 ctms. Al descubrir la pleura parietal se evidenció la ausencia de adherencias siendo visible por transparencia el deslizamiento de ambas pleuras. Colocación de una compresa yodada dejando un repere metálico (adaptador) y calafateado con gasa de la brecha de abordaje.

2º Tiempo: (14 días después). Drs. E. Lamas Pouey y E. Prat.

Se quitan las gasas yodadas. Se punciona la pleura parietal en el punto y hacia la dirección en que el control radiográfico hacen suponer la existencia del quiste.

A nuestra gran sorpresa la punción repetida 3 veces con agujas convenientes es ineficaz. La mano que conduce la aguja exploradora tiene la impresión de atravesar tejidos duros pero fácilmente franqueables con tal instrumento. La punción realizada bajo la pantalla nos demuestra estar en la buena vía. Con electro bisturí realizamos en ella una neumotomía, sin

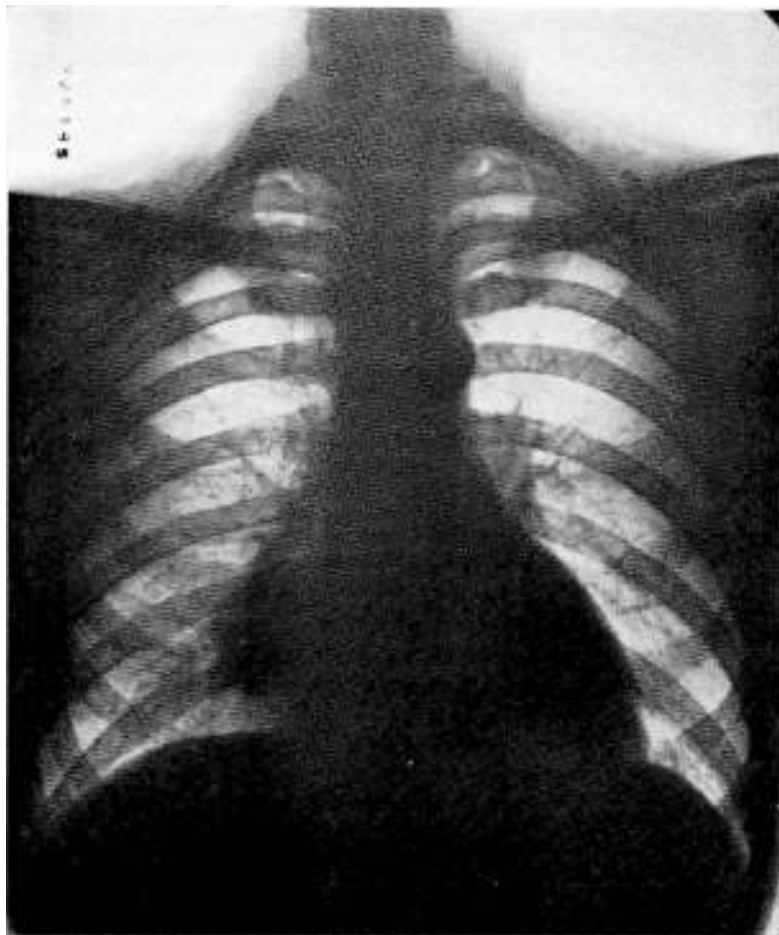


FIG. 1

que la limitada exploración que tal gesto nos permite dé datos de la naturaleza del tumor. Dejamos como repere un alambre de plata en la zona de parénquima pulmonar en que penetramos y una radiografía ulterior nos da la certidumbre de que exploramos la zona tumoral así como la de que su naturaleza no es la de hidatidosis en que habíamos pensado.

En un tiempo ulterior y con anestesia por gases realizada con gran éxito por nuestro amigo el Dr. Eduardo Palma. El dispositivo de *baronarcosis* está pronto para permitirnos en caso necesario explorar con más amplitud que la determinada por nuestra zona de adherencias pleurales sin vernos en presencia del problema creado por un neumotórax operatorio. Tal eventualidad no se presentó. Por la brecha mencionada introducimos una cureta cortante con la que sacamos sustancia de aspecto cartilaginoso en cantidad apreciable y muy fácilmente.



FIG. 2

Sangra poco. Una vez que nuestra cureta da la impresión de contacto con parénquima pulmonar no tumoral, se deja un drenaje con lámina de caucho y mecha de gasa. Sopla un bronquio en la cavidad provocada.

La biopsia pre-operatoria realizada en pocos minutos por el Dr. Ardao muestra un condroma hialino a células irregulares (fig. 4).

El post-operatorio fué sin otras incidencias que las de un breve período febril con secreción serosanguinolenta por el drenaje, que se hizo innecesario al cabo de dos semanas.

El enfermo se fué de alta en buenas condiciones, teniendo aún un punto de la pared sin cicatrizar.

No hay signos de fístula bronquial.

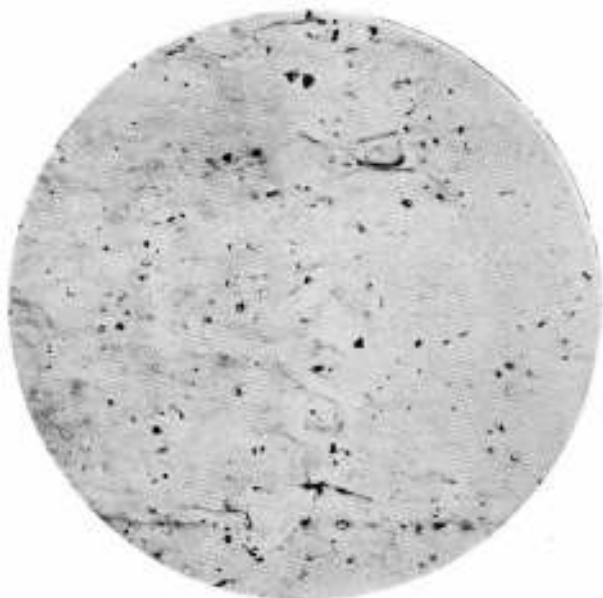


FIG. 3

CONSIDERACIONES

Es la rareza de este tumor pulmonar que nos ha decidido a analizarlo ante la Sociedad de Cirugía. A propósito de la operabilidad de tumores de pulmón y de la pleura encontramos un interesante estudio de Seydel (*Muencheuer Medizinische Wochenschrift*, T. LVII, 1º marzo 1910, N° 9). Refiriéndose a 10829 autopsias practicadas en Munich de 1900 a 1909, halló en 1342, casos de tumores, 184 correspondientes a localización pleuro-pulmonar; de esa suma sólo 31 vez o sea 16.8 % se trataban de tumores primitivos. En ese mismo informe respecto a tumores benignos (fibromas y condromas), dice: "son de una extrema rareza, no se ha autopsiado en Munich ni un solo caso en 10 años". Refiérese no obstante a la operabilidad de los casos de Föster, Lesser, Lichtenstein, W. Khain Leeg y al caso de Pean cuyo enfermo sobrevivió (Pean. "Congreso Francés de Cirugía", 1895).

En un trabajo reciente ("Revista Médica de Rosario", 1932), los doctores Luis A. Chiodin y Juan P. Pizena, a propósito de una minuciosa descripción de autopsia hacen una interesante revi-

sión bibliográfica de la que extractamos lo que sigue. En la autopsia de un sujeto de 78 años comprueban: enfisema, edema, congestión de ambos pulmones; condroma del pulmón derecho.

El resumen del protocolo histológico, dice: "Tumor constituido por elementos celulares análogos a los de un cartilago hialino, que presentan caracteres morfológicos y estructurales para hacerlo clasificar como un tumor benigno de origen conjuntivo, es decir condroma."

Los autores convienen en la rareza de los tumores benignos pulmonares, verdadero hallazgo necrópsico.

Los otros tumores de la serie conjuntiva (lipomas, miomas, fibromas, osteomas), son más raros aún que el que nos ocupa. En 2510 autopsias realizadas en el Instituto de Anatomía Patológica de Rosario, sólo se ha hallado este caso.

Letulle en 5000 autopsias halló 3 casos y Verga revisando el Archivo de Anatomía Patológica de Pavía en 28.000 autopsias, encuentra 2 tumores benignos de pulmón condroma. En el Instituto de Perugia, 600 autopsias: 1 condroma.

Según el mencionado Prof. Verga habría 61 casos conocidos hasta entonces, lo que agregado a los 3 de Letulle, al caso de Chiodin y Pizena y al nuestro harían 66 casos.

Los autores rosarinos resumen las interpretaciones patogénicas que se han emitido, de las cuales las mas generalizadas es la de que esas formaciones se engendran a expensas del tejido cartilaginoso del bronquio adulto.

Para Virchow provendrían de una metaplasia del tejido conjuntivo y para Ribbert de núcleos cartilaginosos embrionarios. Esta última hipótesis histogénica permitiría justificar la presencia de formaciones análogas en órganos que durante su desarrollo embrionario han estado en relación con formaciones cartilaginosas.

Arcos bronquiales para las glándulas salivares, costillas embrionarias para la glándula mamaria, anillos traqueales para la localización pulmonar.

Según Hart serían teratoides. Feller se empeña en reconocer en los distintos tejidos hallados en estos tumores los elementos constitutivos normales del parénquima pulmonar (Amartomas de Albrecht).

La posibilidad de que se trate de formaciones bronquiales ectópicas ha reunidos algunos sufragios (Heckey Simpson).

La variedad de tejidos hallados en estos tumores ha llevado a algunos autores a explicarlos como derivados de restos embrionarios cartilaginosos (Vanzetti) y a otros como formados por tejido pulmonar (Hammer), en el que la neoplasia (condroma puro), estaría en seno de parénquima modificado por su crecimiento: compresión y atelectasia.

El Prof. Verga, resume su documentada experiencia sobre este tema dividiendo estos tumores en dos grupos:

a) Los que derivan de los elementos histológicos del parénquima pulmonar normal, pudiendo evidenciarse el pigmento antracósico en plena masa tumoral.

b) Los engendrados por un núcleo congénito. A esta categoría pertenece la pieza tan magistralmente estudiada por los autores rosarinos, dada la independencia del tumor con el tejido pulmonar normal, así como nuestro caso, en el que si bien la exploración quirúrgica hubo de ser necesariamente limitada, tanto la exploración radiográfica como la facilidad de enucleación evidencian el clivaje que existía entre el tumor y el lecho de parénquima pulmonar en que se anidaba.

Chevalier Jackson y Chevalier L. Jackson ("Acción Médica" de Octubre de 1939), refiriéndose a los resultados de la búsqueda broncoscópica llegan a la conclusión de que los tumores benignos de origen bronquial no son tan raros como se desprende del estudio que acabamos de hacer. Se trata de tumores que tanto por su localización como por su naturaleza (angioma, adenomas, miomas, hematomas en vías de organización, papilomas, fibromas, lipomas condromas, osteomas, tuberculomas, granulomas"), no pueden compararse con el que motiva nuestro estudio.

Savy y Girard ("Journal de Médecine de Lyon"), publican un caso de tumor benigno quístico del pedículo pulmonar izquierdo. Este caso si bien por su naturaleza no se relaciona con el que operamos nosotros, hemos creído útil analizarlo en nuestra bibliografía, dado que sus reacciones humorales (Cassoni. Eosinofilia 30 %, urticaria), hicieron pensar en su naturaleza equinocócica tal como ocurrió en nuestro caso. Del punto de vista radiográfico las imágenes publicadas no son favorables a tal diagnóstico. El tratamiento consistió en lobectomía inferior izquierda, realizada por el Prof. Santy con éxito.

Tratamiento. — Dada la poca frecuencia de la lesión que hubimos de tratar y sobre todo de que en la mayoría de los casos estudiados se trata de hallazgos de autopsias, no podemos utilizar la experiencia ajena respecto a la técnica a seguir en su enucleación y al pronóstico que pueda establecerse. Si hemos de deducir este último por el de las otras localizaciones de la misma formación histológica, bien sabemos que su benignidad histológica no es confirmada por la de su frecuente evolución clínica.

Guiados por un diagnóstico de quiste hidatídico procedimos por la técnica habitual en el Servicio donde actuamos, operación en dos tiempos (Lamas y Mondino), por creer que la simplicidad de tal conducta justifica el aceptar inconvenientes, limitación de las posibilidades de exploración más extensa y de técnica más radical, (lobectomía). Cuando la punción nos demostró nuestro error, intervenimos en un tercer tiempo con anestesia por gases teniendo a nuestra disposición el dispositivo para baronarcosis.

La facilidad de enucleación por fragmentos, a través de nuestra brecha ampliada pero sin salir de los límites de adherencias pleurales, nos incitó a no utilizar el recurso de la baronarcosis y a practicar una enucleación económica.

El resultado post-operatorio inmediato justificó tal conducta; en cuanto al resultado alejado, prometo tener a nuestra sociedad al corriente de los datos de mi observación ulterior.

Tal vez él nos permita pronunciarnos si nuestra sencilla intervención es aconsejable, o bien, si debe plantearse la lobectomía.

Carecemos de experiencia personal en esta intervención como para aconsejarla en una lesión cuya rareza nos priva de la invaluable enseñanza de la experiencia ajena.

BIBLIOGRAFÍA

- PEAN. — *Congreso Francés de Cirugía*. 1895.
 SEYDEL. — *Mirenchener Med. Woch.* 1910. (Analizado en el *Journal de Chirurgie*. Mai 1910).
 LUIS A. CHIODIN y JUAN A. PIZENA. — *Rev. Med. de Rosario*. Julio 1922, N° 7.
 CHEVALIER JACKSON y CHEVALIER L. JACKSON. — *Acción Médica*. 13 de octubre de 1939.
 SAVY y GIRARD. — *Journal Méd.* Lyon, abril 1939. XX.