

TUMOR BRONQUIAL POCO FRECUENTE*

Dr. A. CARALPS MASSO
(Académico Numerario)

R. Y. C., natural de Barcelona, de 45 años de edad, casado y fundidor de oficio. Ingresa en el Servicio Quirúrgico de la Ciudad Sanatorial de Tarrasa, procedente del S. O. E. para ser operado. Su diagnóstico provisional es de cáncer del bronquio izquierdo, con atelectasia masiva homolateral y gran desplazamiento mediastínico, aunque no se descarta la posibilidad de una disgenesia.

El padre fallece de accidente. La madre vive sana. La esposa, dos hijos de 17 y 18 años y un hermano sanos.

Hace nueve años, por algia intensa en punta escapular y en el hipocondrio izquierdo acude a un facultativo y se somete a tratamiento, durante un año con hidracidas y estreptomycin. Pasado el cual, y en forma irregular, continúa las hidracidas y alguna temporalmente el P.A.S., a pesar de que no le han descubierto nunca un bacilo de Koch en los esputos.

Ofrece buen aspecto general. El he-

mitórax izquierdo retraído y casi inmóvil. Las vibraciones vocales aumentadas en su plano posterior. No hay murmullo vesicular. La punta cardíaca desplazada a la izquierda. En alguna ocasión hemoptisis de esputo que en agosto del 70 persiste durante dos días.

En la radiografía n.º 1 opacidad prácticamente completa del hemitórax izquierdo con muy discreto aclaramiento en zonas intercostales supraclaviculares y axilar basal.

En el lado derecho osificación de los cartílagos costales, cuarto (ligera) y quinto (muy acentuada) como en la sexta articulación condrocostal. Trama ápico hilar e hilio basal acusados.

En la radiografía n.º 2 con broncografía dibujo del borde derecho de la tráquea hasta la división carinal, a partir de la cual el bronquio principal izquierdo se rellena y dibuja formando un arco de concavidad superior hasta una imagen lacunar redondeada, cuyo límite inferior contornea, insinuándose

* Sesión del día 7-IV-73.

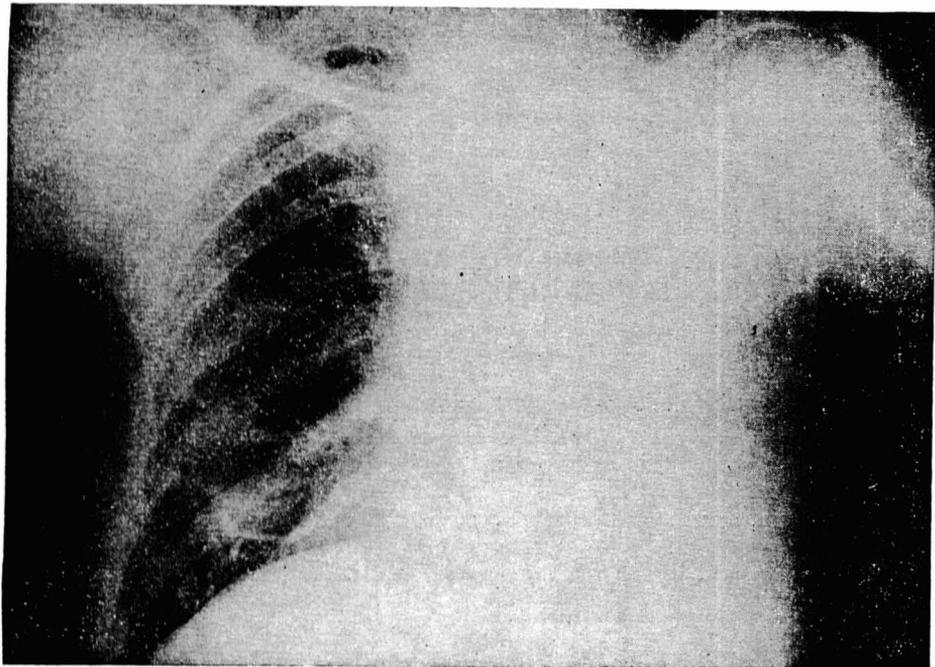


Figura 1

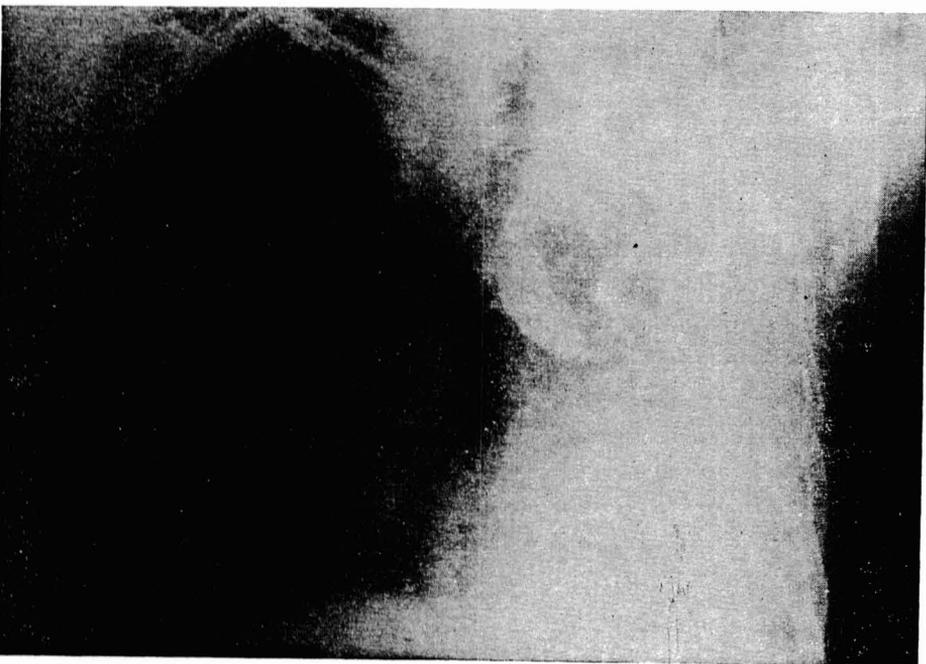


Figura 2

hacia unas ramificaciones bronquiales cortas de dirección irregular que parecen disgenésicas.

En la radiografía n.º 3 de perfil no se observa más que un pequeño depósito de contraste en el hilio.

En todos los planos tomográficos se repite la imagen del hemitórax opaco.

La broncoscopia (doctor BROTO) dice: En la entrada del lobar superior la carina está enormemente engrosada y formando mamelones que obstruyen



Figura 3

en todo el campo la luz bronquial. Se practica biopsia, cuyo dictamen es el siguiente (Servicio del profesor SORIANO). En los cortes practicados no se confirma la neoplasia. Todos están caracterizados por un tejido fibroso extensamente infiltrado y separado por fibroblastos. Hay abundantes tejidos grasos, recubiertos de epitelio, atrofiado en algunas partes, aunque se distingue su disposición ciliar.

La espectoración está integrada por abundantes polinucleares, linfocitos y

escasos eosinófilos. Algunos macrófagos y hematíes. No se descubren células neoplásicas.

El proteinograma es el siguiente:

Proteinemia total	73,8 mg %/∞
Albúmina	33,93
Alfa ₁	2,61
Alfa ₂	8,70
Beta ₁	10
Beta ₂	17-40
Gamma	16,44
Cociente serinas / globulinas	0,8

El doctor NOGUERA, anestésista del Servicio, escribe al especialista que ha visto al enfermo en el año 1968 pidiéndole radiografías de aquella época. Le contestan que ya no disponen de las mismas, por necesidades de espacio, pero recuerda que los diagramas antiguo y actual son idénticos. Sugiere que no es imposible la degeneración o la presencia de adenoma benigno.

El examen de sangre, es como sigue:

Hematíes, 4.800.000

Leucocitos, 7.800

Velocidad sedimentación, 1.ª hora 44; 2.ª hora 65

El hemograma, B—, oE—2. M—. oJ—. C—9. S—61. L—124. M—1.

Fosfatasas alcalina, 3,4 Bodansky

Fosfatasas ácida, — 1,04 Bodansky

Urea en sangre, 0,42 $\frac{o}{\infty}$

Proteínas totales 21-X-70, 72,00 gm $\frac{o}{\infty}$

Pruebas de coagulación 20-X-70,

Tiempo de Duke 1 minuto y $\frac{1}{2}$

Tiempo de coagulación en tubo 4 minutos

Retracción del coágulo, normal

Prueba de Rumpel Leede, negativa

Plaquetas, 220.000

Grupo sanguíneo, A - Rh negativo

Valor hematocrito, 46 %

Hemoglobina, 98 %

Valor globular, 1

En 20-X-70:

Hematíes, 4.900.000

Leucocitos, 12.400

Fórmula:

Neutrófilos en banda, 0,5 %

Segmentados, 55 %

Eosinófilos, 5 %

Basófilos, 4 %

Linfocitos, 30 %

Monocitos, 1

V.S.G., 1.ª hora 13 mm; 2.ª hora 30 mm

Pruebas funcionales respiratorias, déficit respiratorio global 47 %

Intervención. — Doctores CARALPS, ALONSO, FERRER, señoritas ALBERT y TERRAZA. Anestésistas: BRUGUERA NOGUERA. Narcovenol Fluothane.

Toracotomía anteroposterior.

Resección de la sexta costilla. Paquipleuritis acusadísima que obliga a despegamiento de la pleura parietal de todas las regiones, costal, diafragmática, pericardiomediastínica, con las que le unen tractos fibrosos recios que hay que seccionar o arrancar en alguna zona. Al seccionar el bronquio, ligar en doble la arteria y las venas pulmonares, fluye abundante cantidad de pus mal oliente.

Sutura interrumpida de un muñón bronquial que se hunde en mediastino.

Quedan al desnudo la vena hemiazigos y el tronco de la vena intercostal superior.

Drenajes A.S. y P.J. en sifón.

Suturas por planos.

Al retirar los drenajes a los cinco días, con el enfermo apirético y perfecto estado, a través de uno de los tubos fluye pus. Cerramos y se intensifica la antibioterapia pero a las 48 ho-

ras hay que drenar de nuevo porque aparecen fiebre, supuración del extremo anterior de la herida y el enfermo espectorador.

A las 24 horas, desaparecen la fiebre y la espectoración. El enfermo se encuentra bien, aunque sigue con su

drenaje (radiografía n.º 4, gran opacidad por la intensa paquipleuritis).

La inyección y corte de la pieza comprueba múltiples cavidades supuradas que la inyección de contraste de aquélla (fig. 5 en marco de alambre ya enseñaba).



Figura 4

En la entrada del bronquio principal hay una masa amarillenta alargada cuya parte inferior se despegar del lecho bronquial, pero no la superior que está íntimamente unida al mismo. Tiene forma de cacahuete, con un mamelón accesorio que se insinúa en un bronquio secundario inferior (figs. 6 y 6 bis). Gracias a que se deja levantar con facilidad se ha podido llevar a término la inyección de contraste.

El examen histológico (doctor RUBIO

ROIG) es el siguiente: la tumoración está constituida (figs 7 y 8 microfotografías) por tejido adiposo adulto a grandes células completamente benignas y sin adipoblastos espumosos. Una estrecha banda de conectivo a manera de corión lo separa de un epitelio bronquial ciliado. Esta mucosa no posee glándulas ni haces musculares. El diagnóstico es de lipoma bronquial.

La figura 9 es la microfotografía de la pared granulomatosa, de una de las

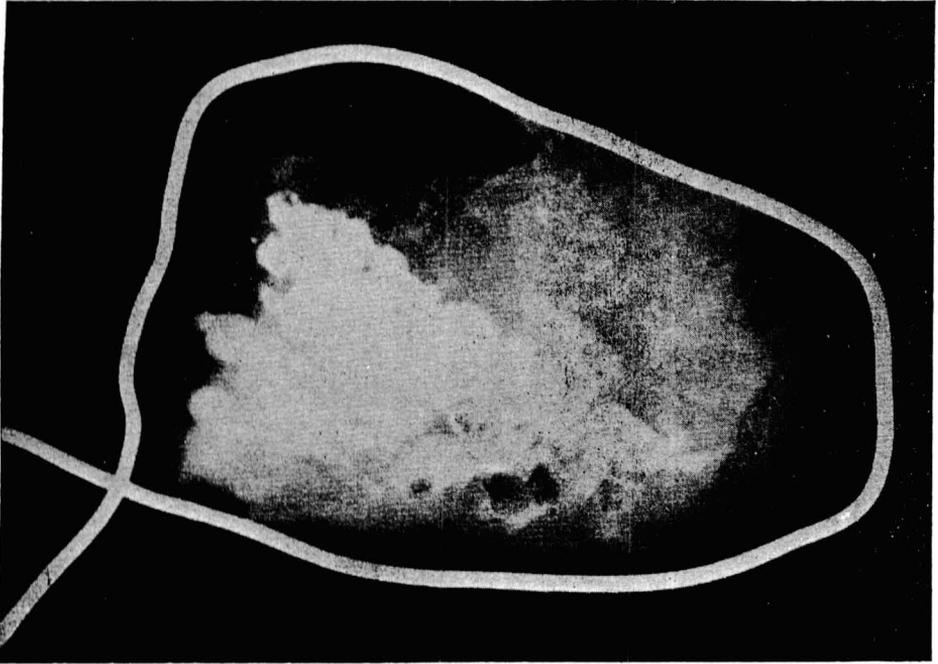


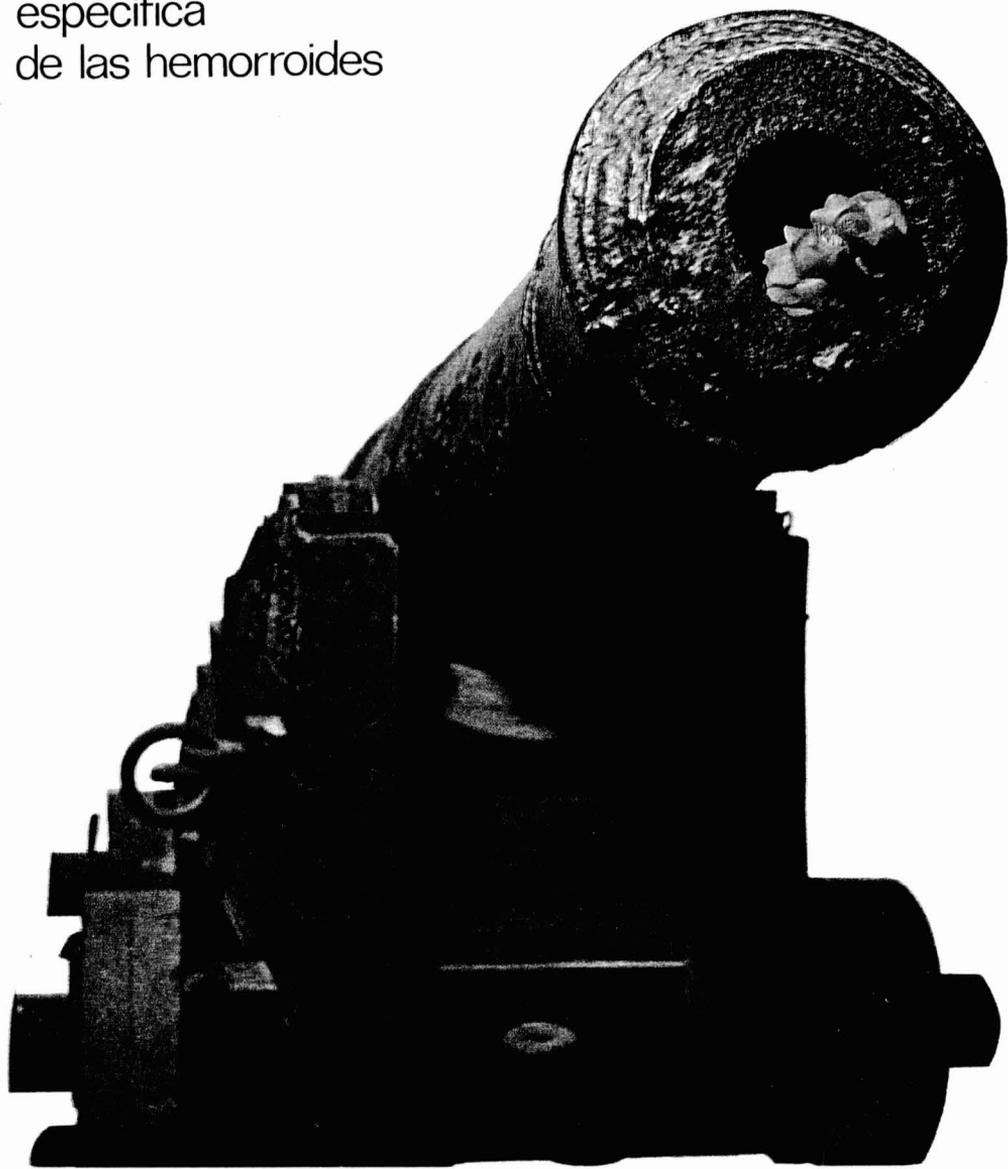
Figura 5



Figura 6

ANTIHEMORROIDAL HUBBER

terapéutica
específica
de las hemorroides



HUBBER

SUPOSITORIOS — POMADA

ficacia terapéutica de esta especialidad viene determinada por:

- antiinflamatorio y antirreactivo de la Hidrocortisona.
- anestésica y antihistamínica de la Prometazina.
- regenerador de los epitelios y paredes vasculares de la Vitamina A.
- protección por la Neomicina de las posibles infecciones que pueden cometerse durante el proceso.

COMPOSICIÓN

	SUPOSITORIOS (por unidad)	POMADA (por 100 g)
Acetato de Hidrocortisona	0,01025 g	1 g
D-(2-Dimetilamino-propil)-Fenotiacina	0,02050 "	1 "
Vitamina A	1.000 U.I.	100.000 U.I.
Sulfato de Neomicina	—	1 g
(equivalente a 0,7 g de Neomicina base)		
Vehículo	c.s.	c.s.

INDICACIONES

Proctitis hemorroidaria interna. Prolapso hemorroidario. Prurito anal. General, en el tratamiento de las complicaciones y manifestaciones atóxicas hemorroidarias.

PRESENTACIONES

Supositorios: Cajas con 6 supositorios.

Pomada: Tubos con cánula desmontable, conteniendo 10 g.

LABORATORIOS HUBBER, S. A.

Laboratorio de Productos Biológicos y Farmacéuticos - Berlín, 38-48 - Tél.* 321 72 00 - Barcelona-15 (España)

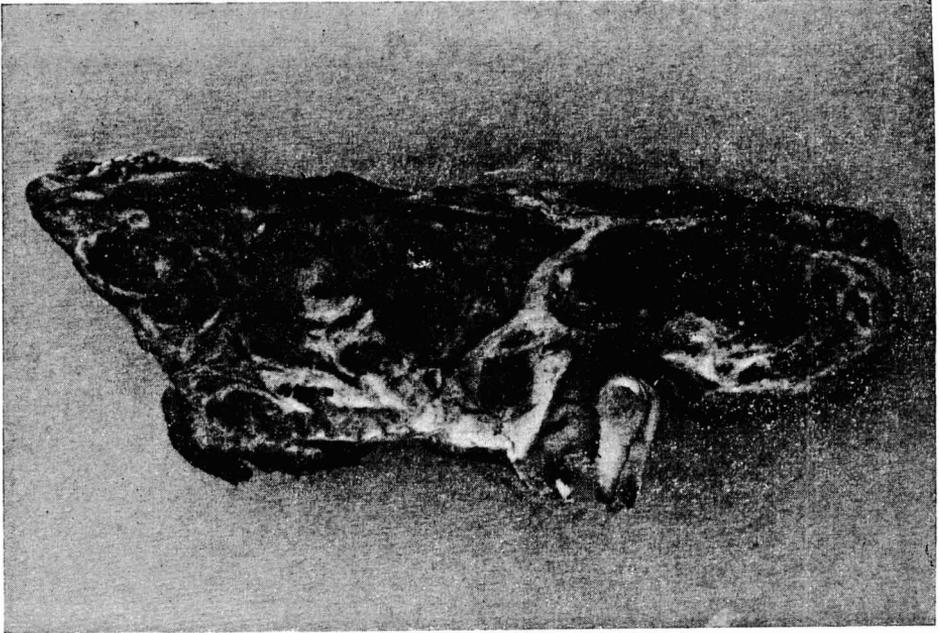


Figura 6 bis

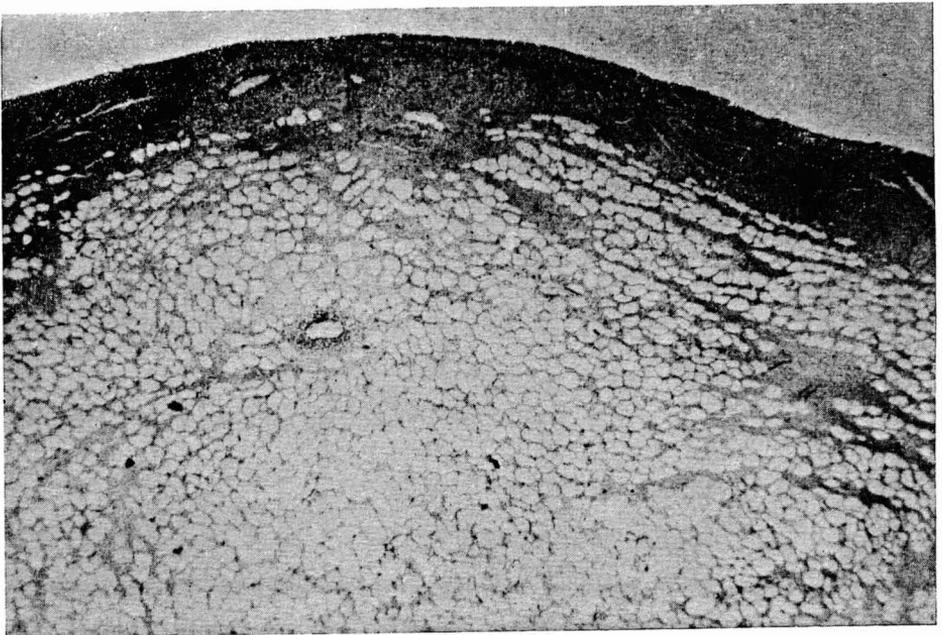


Figura 7

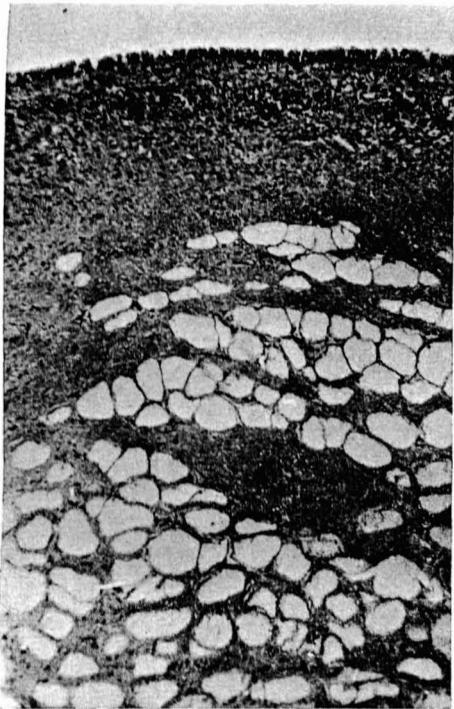


Figura 8

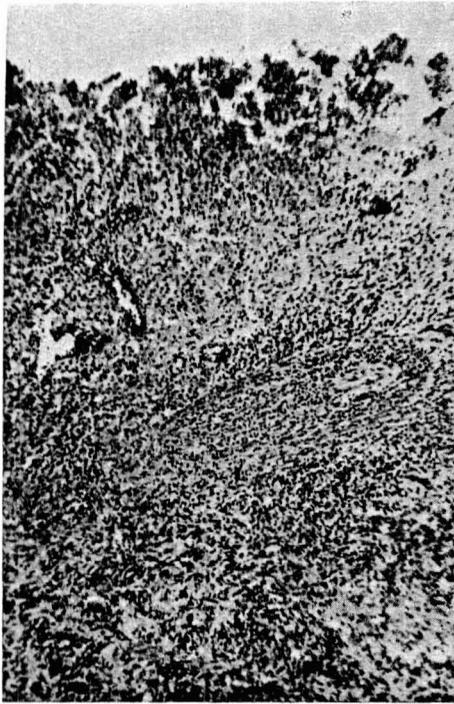


Figura 9

cavidades supuradas intraparenquimatosas. Es macrofágica sin dato alguno de especificidad en sentido tuberculoides. Fibrosis de la pared.

Discusión

Este caso tiene un cierto interés por las siguientes razones:

Por la rareza del lipoma del bronquio principal.

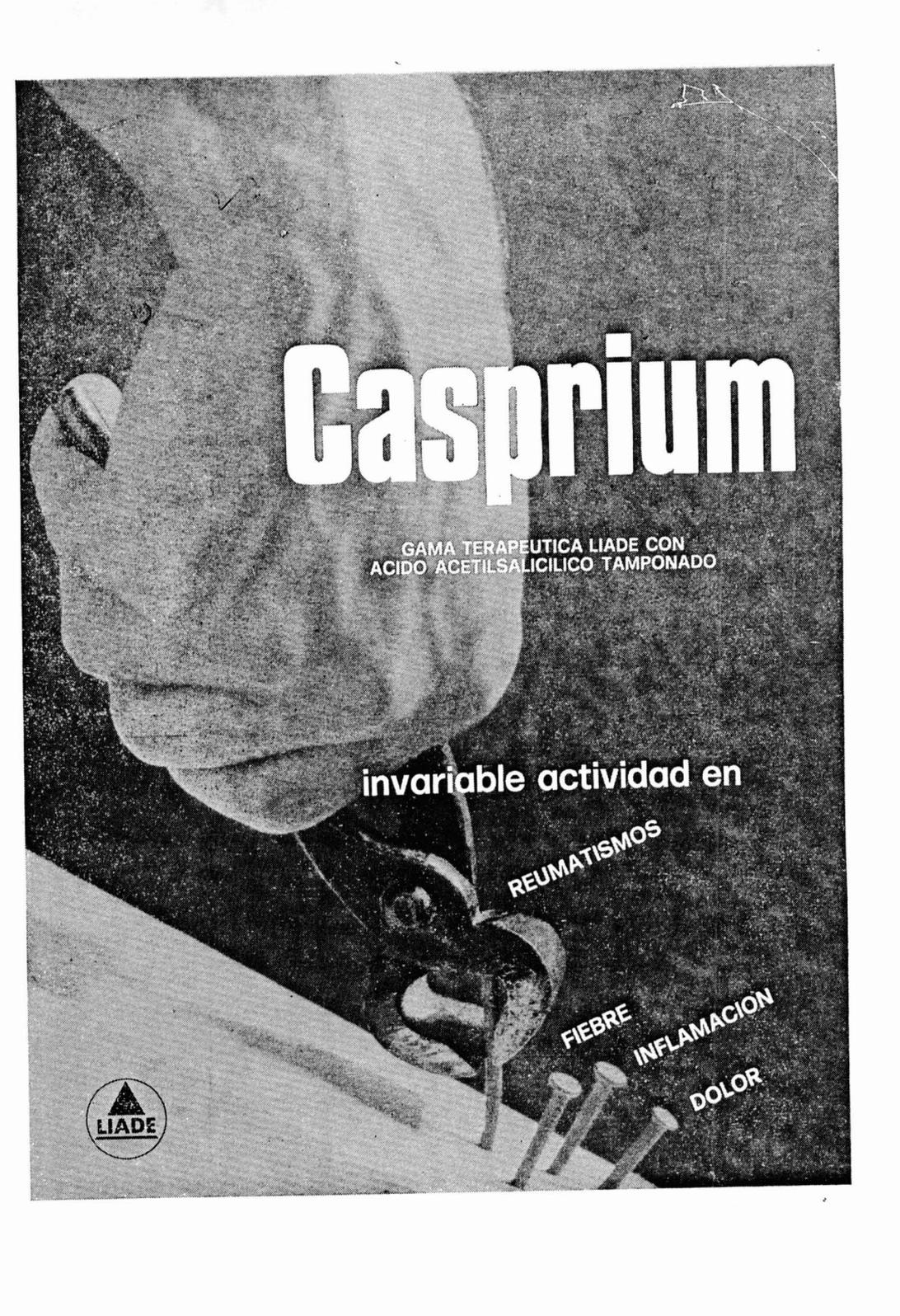
Porque de haber practicado la broncografía con sonda, dirigida por el broncoscopio, se hubiera despegado la tumoración, puestas de relieve las

bronquiectasias y descartada la disgenesia bronquial.

Porque en realidad la broncobiopsia ya dio el diagnóstico, pero y precisamente por su rareza, ninguno pensamos en el lipoma bronquial.

Porque nos quedamos con la duda de si había nacido in situ o penetrado en el bronquio procedente del mediastino a través de un decúbito. Aunque no fue posible verle.

Porque una vez más, se comprueban los descalabros que produce en el parénquima pulmonar la estenosis de ventilación por benigna que sea.



Casprium

GAMA TERAPEUTICA LIADE CON
ACIDO ACETILSALICILICO TAMPONADO

invariable actividad en

REUMATISMOS

FIEBRE

INFLAMACION

DOLOR

