*UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA*

*FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS*

# "ERRORES DIAGNOSTICOS DE ENFERMEDAD PULMONAR"

**(Cáncer del Pulmón-Tuberculosis Pulmonar)**

**JULIO ANTONIO BRAÑAS LOBOS**

GUATEMALA, AGOSTO DE 1977

INDICE


I *INTRODUCCION*

II *OBJETIVOS*

III *JUSTIFICACIONES*

IV *HIPOTESIS*

V *UNIVERSO DE TRABAJO*

VI *MATERIAL Y METODO*

VII *PRESENTACION DE DATOS*

VIII *INTERPRETACION Y ANALISIS*

IX *CONCLUSIONES*

X *RECOMENDACIONES*

XI *BIBLIOGRAFIA*

# INTRODUCCION

*Estadísticamente el valor de la frecuencia del Cáncer del Pulmón depende de las probabilidades de que sea diagnosticado adecuadamente en miembros enfermos de la población. La oportunidad de establecer un diagnóstico adecuado ha aumentado considerablemente en los últimos años, pues el empleo de radiografías de tórax es más frecuente, se dispone además de técnicas diagnósticas más sofosticadas (como Broncoscopías, Biopsias de estructuras afectadas y examen citológico de esputo y otros líquidos, Centellograma Pulmonar y aún la Toracotomía Exploradora en vivo, y el aumento en el número de necropsias); sin embargo, en nuestra práctica hospitalaria vemos en cada momento errores diagnósticos al respecto, que podrían deberse a: falta de tiempo dedicado al examen del paciente (volumen muy elevado tanto en la consulta externa como en la emergencia); falta de experiencia; negligencia; ignorancia, o porque pueda tratarse de una entidad patológica de difícil diagnóstico.*

*En el hemisferio occidental el Carcinoma Broncógeno ocupa el primer lugar, según estadísticas de países en que el Cáncer del Pulmón se diagnóstica con mayor frecuencia, siendo indiscutible que va en aumento. Se arguye que parte del aumento guarda relación con el aumento de la longevidad, mejores métodos para descubrir casos y disminución de la mortalidad por enfermedades no neoplásicas. Asi es que tomando en consideración la elevada mortalidad actual del Cáncer del Pulmón, consideré interesante dedicar el presente trabajo de tesis a investigar que tan frecuentemente se incurre en el error de etiquetar enfermedades pulmonares (verbigracia Tuberculosis Pulmonar, la que por su sintomatología similar a la del Cáncer del Pulmón, da lugar a confusión), sin tomar en cuenta la posible existencia de entidades con mayor mortalidad como lo es el Cáncer del Pulmón.*

## OBJETIVOS

1. *Investigar con qué frecuencia se incurre en errores diagnósticos en enfermedades pulmonares (Cáncer del Pulmón y Tuberculosis Pulmonar).*

2. *Investigar que grupo etareo es el más afectado por Cáncer del Pulmón.*

3. *Investigar que estudios fueron los más utilizados con fin diagnóstico de Cáncer del Pulmón.*

4. *Investigar que tratamiento se utilizó con más frecuencia y su resultado.*

5. *Investigar que enfermedad se encontró con más frecuencia asociada al Cáncer del Pulmón.*

6. *Dar recomendaciones que de acuerdo a los resultados puedan ayudar al diagnóstico temprano del Cáncer del Pulmón.*

## JUSTIFICACIONES

1. *Se justifica el presente trabajo con el fin de verificar si se incurre frecuentemente en errores diagnósticos en enfermedades pulmonares (Cáncer del Pulmón y Tuberculosis Pulmonar).*

2. *También se justifica pues no existe un trabajo patrón (o de referencia), para comparar y observar tanto la incidencia de casos de Cáncer del Pulmón, así como, evaluar la eficacia de los métodos diagnósticos utilizados para diagnosticar el Cáncer del Pulmón.*

## *HIPOTESIS*

*En el Hospital Roosevelt se incurre en errores diagnósticos de enfermedades pulmonares (Cáncer del Pulmón y Tuberculosis Pulmonar).*

*El Cáncer del Pulmón más frecuente es el Carcinoma Broncógeno.*

*La edad más frecuente de Cáncer del Pulmón es en el sexto decenio de la vida.*

*La enfermedad más frecuentemente asociada al Cáncer del Pulmón es la Desnutrición.*

*La mayoría de los pacientes con Cáncer del Pulmón fallecen antes de egresar del Hospital.*

## UNIVERSO DE TRABAJO

*Se encontró constituido por:*

1. *Anexo IBM de la Dirección General de Estadística.*

2. *Sección de Registros Médicos del Hospital Roosevelt.*

3. *Archivo del Hospital Roosevelt.*

4. *Biblioteca del Hospital Roosevelt.*

5. *Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos.*

## MATERIAL Y METODOS

*Para la elavoración del presente trabajo se utilizó el siguiente material:*

1. **HUMANO:**

   *1.1 Colaboración del personal que labora en los departamentos de:*
   - *Anexo IBM de la Dirección General de Estadística.*
   - *Registros Médicos del Hospital Roosevelt.*
   - *Archivo del Hospital Roosevelt.*
   - *Biblioteca del Hospital Roosevelt.*
   - *Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos.*

   *1.2 Médico asesor.*

   *1.3 Médico revisor.*

   *1.4 Br. elavorador del trabajo.*

2. **FISICO:**

   *2.1 Dirección General de Estadística (anexo IBM).*

   *2.2 Hospital Roosevelt.*

   *2.3 Biblioteca de la Universidad de San Carlos.*

   *2.4 Boletas de egresos codificadas (individuales).*

   *2.5 Historias Clínicas: de las que se tomaron los siguientes datos:*

      *2.5.1 Registro Médico.*

      *2.5.2 Edad.*

      *2.5.3 Sexo.*

      *2.5.4 Impresión Clínica de ingreso.*

      *2.5.5 Estudios efectuados:*

—*Citológico de esputo.*
—*Biopsias (percutaneas o abiertas).*
— *Broncoscopias.*
— *Baciloscopía de esputo.*
— *Cultivo para Bacilo Tuberculoso.*
— *Lavado gástrico.*

2.5.6 *Tratamiento:*
— *Médico (Quimio y/o Radioterapia).*
— *Quirúrgico.*
— *Médico-Quirúrgico.*

2.5.7 *Enfermedad asociada.*

2.5.8 *Diagnóstico final.*

2.5.9 *Condición al egreso:*
— *Vivo.*
— *Muerto.*
— *Caso terminal.*

*La metodología seguida fué la siguiente:*

1. *Se procedió a localizar los casos egresados con diagnóstico de Cáncer del Pulmón (durante los años 1961 a 1974), para lo que se tuvo que revisar las boletas individuales codificadas, se revisaron setenta y cinco pues no fué posible localizar el total de Historias Clínicas.*

2. *Se investigó cada una de las Historias Clínicas que tenían como diagnóstico de egreso Cáncer del Pulmón.*

3. *Hubo necesidad de descartar algunas Historias Clínicas que no tenían diagnóstico de Cáncer del Pulmón, o que teniéndolo, nunca se comprobó.*



4. *Se tomaron los datos requeridos de cada una de las Historias Clínicas.*

5. *Se procedió a la tabulación de los datos, así como, a elaborar tablas estadísticas, con sus respectivas gráficas.*

6. *Se hizo una revisión bibliográfica del tema.*

7. *Se dan conclusiones y recomendaciones sobre el tema.*

## PRESENTACION DE DATOS

*Luego de una minuciosa y laboriosa investigación, se obtuvieron datos que se dan a conocer a continuación, en cuadros y/o gráficas.*

1. EDAD:

*La distribución etarea se encontró de la siguiente manera:*

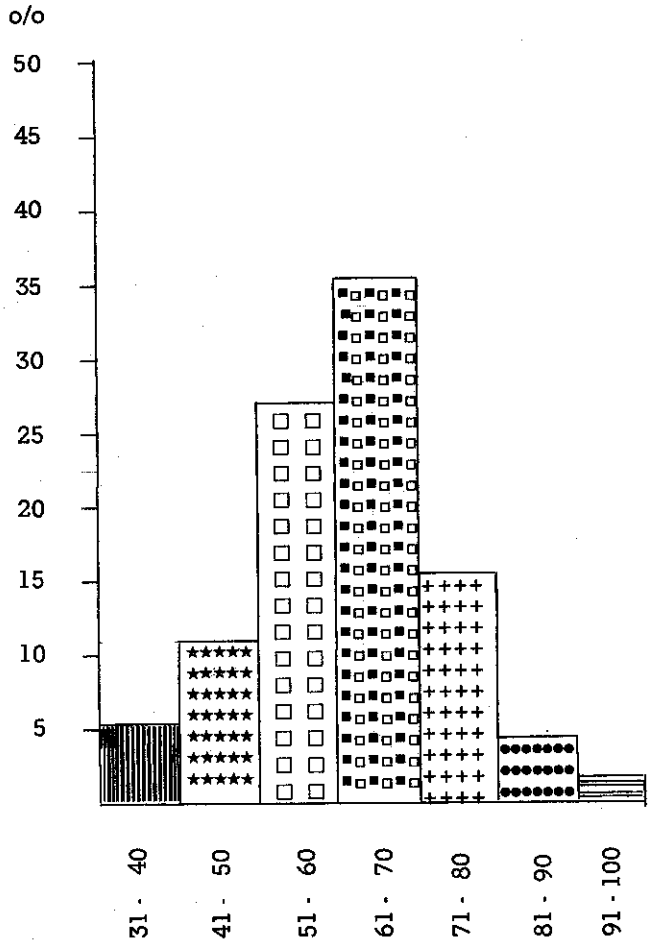
**CUADRO No. 1**

**Distribución por edades de 75 pacientes con Carcinoma Pulmonar comprobado 1961-1974 Hospital Roosevelt, Guatemala**

| EDAD | PACIENTES | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| 31 - 40 | 4 | 5.33 o/o |
| 41 - 50 | 8 | 10.66 o/o |
| 51 - 60 | 20 | 26.66 o/o |
| 61 - 70 | 26 | 34.66 o/o |
| 71 - 80 | 12 | 16.00 o/o |
| 81 - 90 | 3 | 4.00 o/o |
| 91 - 100 | 2 | 2.66 o/o |
| TOTAL | 75 | 99.97 o/o |

## GRAFICA No. 1

**Distribución por edades de 75 pacientes con Carcinoma Pulmonar comprobado. 1961-1974 Hospital Roosevelt, Guatemala.**






2. SEXO:

*La distribución por sexo, de acuerdo al número de casos y a su porcentaje, se encontró como sigue:*

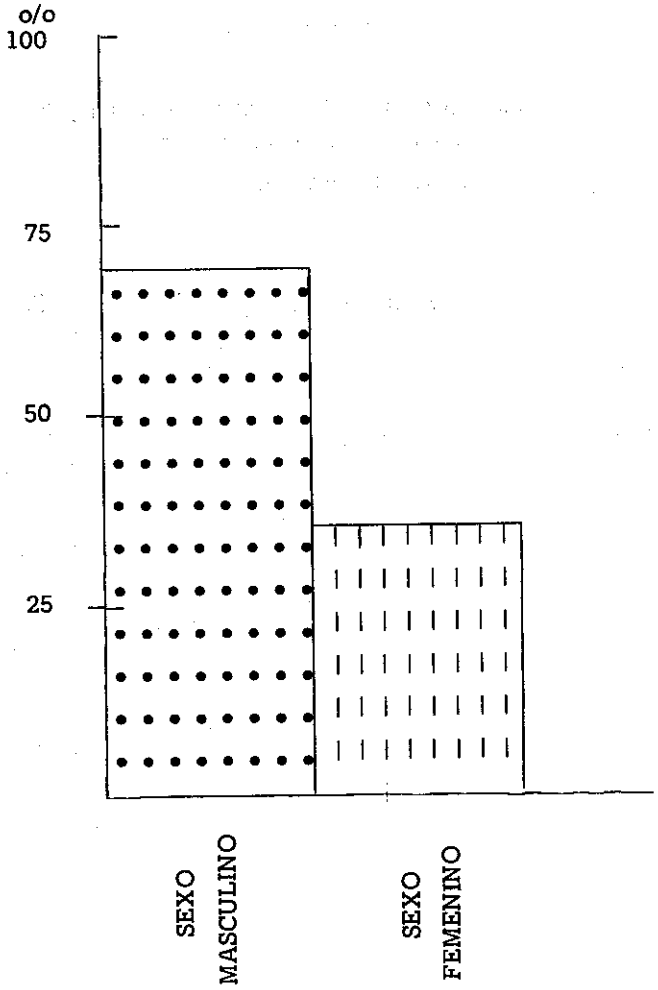
## CUADRO No. 2

**Distribución por sexo, de 75 pacientes con diagnóstico final de Cáncer del Pulmón 1961-1974 Hospital Roosevelt, Guatemala**

| SEXO | No. de CASOS | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| MASCULINO | 50 | 66.66o/o |
| FEMENINO | 25 | 33.33o/o |
| TOTAL | 75 | 99.99o/o |

## GRAFICA No. 2

**Distribución por sexo de 75 pacientes con Carcinoma Pulmonar comprobado. 1961-1974 Hospital Roosevelt, Guatemala**






3. IMPRESION CLINICA DE INGRESO:

*Se tomó como impresión clínica de ingreso únicamente la causa principal, tabulándose de acuerdo al número de casos, con sus respectivos porcentajes.*

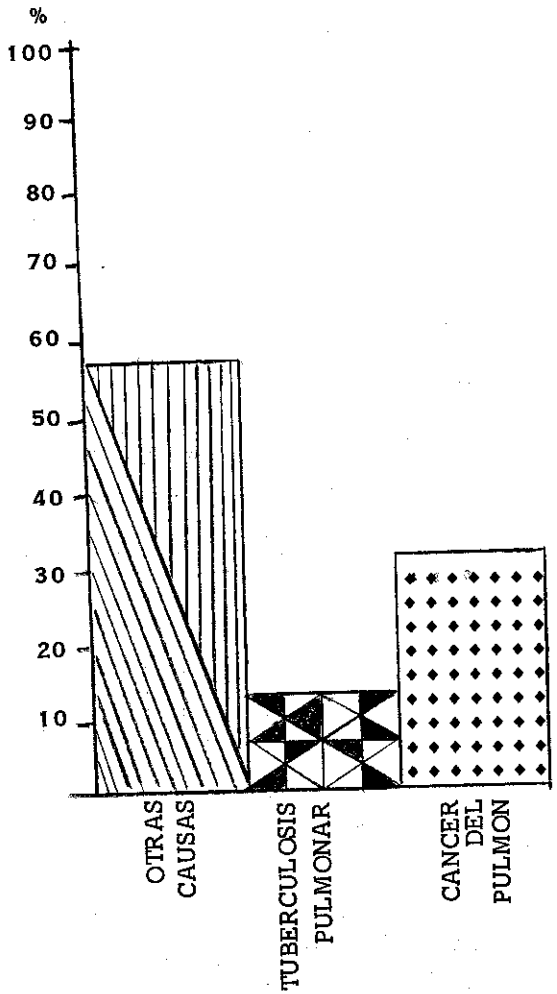
## CUADRO No. 3

**Impresión clínica de ingreso de 75 pacientes con diagnóstico final de Cáncer del Pulmón 1961-1974 Hospital Roosevelt, Guatemala**

| IMPRESION CLINICA | No. | o/o |
|---|---|---|
| CARCINOMA PULMONAR | 23 | 30.67 |
| TUBERCULOSIS PULMONAR | 9 | 12.00 |
| ENFISEMA PULMONAR | 9 | 12.00 |
| SINDROME DE VENA CAVA SUPERIOR | 5 | 6.67 |
| DERRAME PLEURAL | 4 | 5.33 |
| ABSCESO PULMONAR | 3 | 4.00 |
| NEUMONIA | 2 | 2.67 |
| QUISTE DEL PERICARDIO | 2 | 2.67 |
| CARCINOMA LARINGEO | 2 | 2.67 |
| BRONCONEUMONIA | 2 | 2.67 |
| DESNUTRICION CRONICA DEL ADULTO | 1 | 1.33 |
| MENINGITIS PURULENTA | 1 | 1.33 |
| COR-PULMONALE | 1 | 1.33 |
| BRONQUITIS ASMATIFORME | 1 | 1.33 |
| ASMA BRONQUIAL | 1 | 1.33 |
| ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR TROMBOTICO | 1 | 1.33 |
| INSUFICIENCIA CARDIACA | 1 | 1.33 |
| ENFERMEDAD PEPTICA | 1 | 1.33 |
| COLESISTITIS CRONICA CALCULOSA | 1 | 1.33 |
| GASTRITIS EXOGENA | 1 | 1.33 |
| MICOSIS PULMONAR | 1 | 1.33 |
| MIELOMA MULTIPLE | 1 | 1.33 |
| INFECCION RESPIRATORIA SUPERIOR | 1 | 1.33 |
| INFECCION URINARIA | 1 | 1.33 |
| TOTAL | 75 | 99.97 |

## GRAFICA No. 3

**Impresión clínica de ingreso de los casos con diagnóstico final del Cáncer del Pulmón. 1961-1974 Hospital Roosevelt, Guatemala.**






## 4. ESTUDIOS REALIZADOS:

*Se tabularon todos los estudios efectuados con tendencia a lograr un diagnóstico diferencial entre pacientes que fueron ingresados con Impresión Clínica de Cáncer del Pulmón, y en aquellos que a su ingreso presentaban Impresión Clínica sugestiva de Tuberculosis Pulmonar.*

## CUADRO No. 4

**Estudios para diagnósticos de Cáncer del Pulmón con 75 pacientes 1961-1974 Hospital Roosevelt, Guatemala**

| ESTUDIOS | No. | o/o |
|---|---|---|
| RAYOS "X" DE TORAX | 67 | 44.37 |
| Sugestivas (44) | | |
| negativas (23) | | |
| BIOPSIAS | 53 | 35.09 |
| positivas (47) | | |
| negativas ( 6) | | |
| BRONCOSCOPIAS | 31 | 20.53 |
| sugetivas (28) | | |
| negativas ( 5) | | |
| T O T A L | 151 | 99.99 |

## CUADRO No. 5

**Estudio de Tuberculosis Pulmonar en 75 pacientes con diagnóstico final de Cáncer del Pulmón 1961-1974 Hospital Roosevelt, Guatemala**

| ESTUDIOS | No. | o/o |
|---|---|---|
| RAYOS "X" DE TORAX | 22 | 34.92 |
| sugestivos ( 3) | | |
| negativos (19) | | |
| BACILOSCOPIA DE ESPUTO | 27 | 42.85 |
| (Ziehl-Neelsen) | | |
| positivos ( 2) | | |
| negativos (25) | | |
| LAVADO GASTRICO | 14 | 22.22 |
| (Cultivo para B.K.) | | |
| Positivos ( 0) | | |
| negativos (14) | | |
| T O T A L | 63 | 99.99 |



## 5. TRATAMIENTO:

*El tratamiento de los pacientes se basó en la correlación de datos anatómicos y funcionales, siendo los siguientes:*

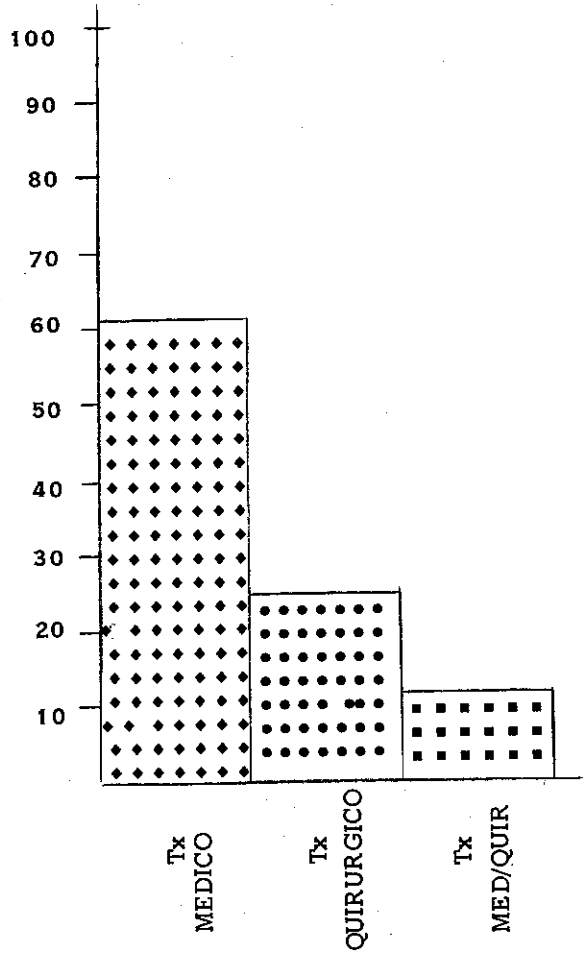
## CUADRO No. 6

**Tratamiento de pacientes con diagnóstico de Cáncer del Pulmón 1961-1974 Hospital Roosevelt, Guatemala**

| TIPO DE TRATAMIENTO | No. CASOS | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| MEDICO | 39 | 61.90 o/o |
| QUIRURGICO | 16 | 25.39 o/o |
| MEDICO/QUIRURGICO | 8 | 12.69 o/o |
| T O T A L | 63 | 99.98 o/o |

## GRAFICA No. 4

**Tratamiento de pacientes con diagnóstico de Cáncer del Pulmón 1961-1974 Hospital Roosevelt, Guatemala**






## 6. ENFERMEDAD ASOCIADA:

*Datos tatulados de acuerdo al diagnóstico secundario o asociado, se expresa por número de casos y porcentajes.*

**CUADRO No. 7**

**Enfermedad Asociada en 42 pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Pulmón 1961-1974 Hospital Roosevelt, Guatemala**

| ENFERMEDAD | CASOS | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| DESNUTRICION CRONICA DEL ADULTO | 11 | 26.19 % |
| INSUFICIENCIA CARDIACA | 5 | 11.95 % |
| SINDROME DE VENA CAVA SUPERIOR | 3 | 7.14 % |
| HIPERTENSION ARTERIAL | 2 | 4.76 % |
| TUBERCULOSIS PULMONAR | 2 | 4.76 % |
| ANEMIA | 2 | 4.76 % |
| ABSCESO PULMONAR | 1 | 2.38 % |
| DERRAME PLEURAL | 1 | 2.38 % |
| ENFISEMA PULMONAR CRONICO | 1 | 2.38 % |
| POLINEURITIS ALCOHOLICA | 1 | 2.38 % |
| COLESIS TITIS CRONICA CALCULOSA | 1 | 2.38 % |
| GASTRITIS EXOGENA | 1 | 2.38 % |
| TRAQUEOBRONQUITIS | 1 | 2.38 % |
| TROMBOSIS DE CAROTIDA INT. | 1 | 2.38 % |
| LITIASIS RENAL | 1 | 2.38 % |
| NEUMONIA BASAL DERECHA | 1 | 2.38 % |
| CANCER DEL ANTRO PILORICO | 1 | 2.38 % |
| CANCER DE VIAS BILIARES | 1 | 2.38 % |
| DIABETES | 1 | 2.38 % |
| FRACTURA PATOLOGICA COSTAL | 1 | 2.38 % |
| MIELOMA MULTIPLE | 1 | 2.38 % |
| CANCER METASTATICO A CRANEO | 1 | 2.38 % |
| CARDIOPATIA DE ET. NO DETERM. | 11 | 2.38 % |
| T O T A L | 42 | 99.97 % |

## 7. DIAGNOSTICO FINAL:

*Acá se incluyen todos los casos investigados, con sus respectivos porcentajes, y que tuvieron como diagnóstico final Cáncer del Pulmón.*

### CUADRO No. 8

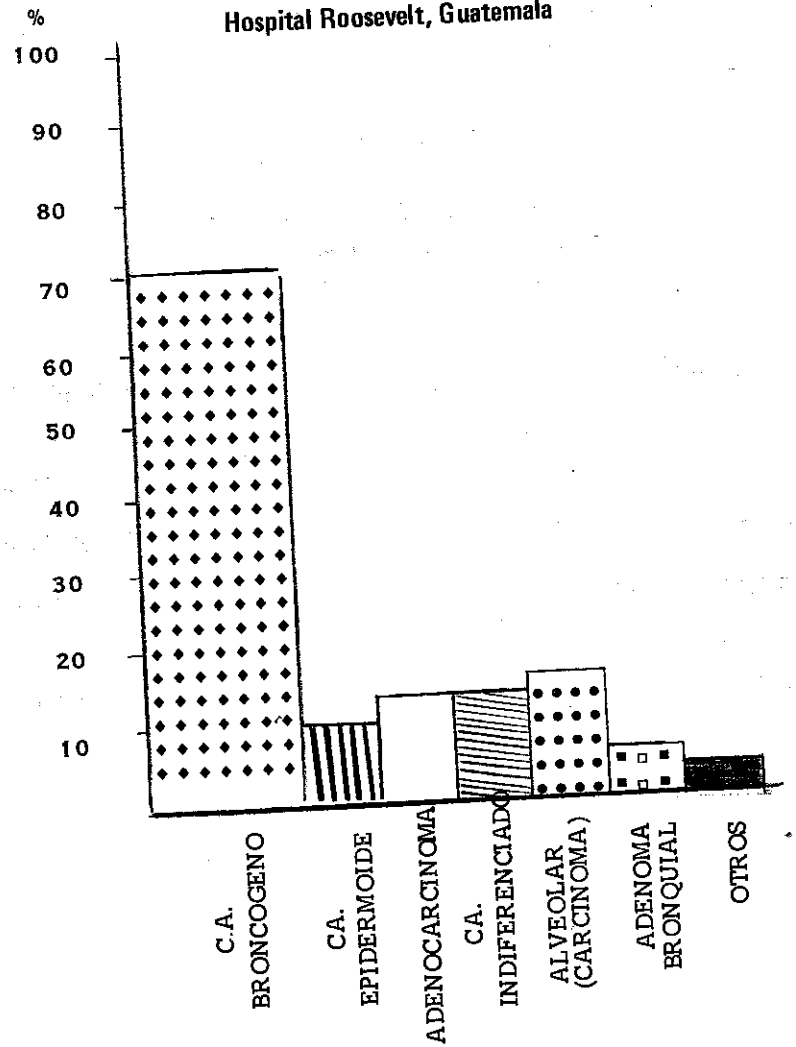
**Diagnóstico final de 75 pacientes con Cáncer del Pulmón. 1961-1974 Hospital Roosevelt, Guatemala**

| TIPO | No. CASOS | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| CARCINOMA BRONCOGENO | 52 | 69.33 % |
| CARCINOMA EPIDERMOIDE | 4 | 5.33 % |
| ADENOCARCINOMA | 5 | 6.66 % |
| CARCINOMA INDIFERENCIADO | 5 | 6.66 % |
| CARCINOMA ALVEOLAR | 6 | 8.00 % |
| ADENOMA BRONQUIAL | 2 | 2.66 % |
| OTROS | 1 | 1.33 % |
| T O T A L | 75 | 99.97 % |



### GRAFICA No. 5

**Diagnóstico final de pacientes con Carcinoma Pulmonar. 1961-1974 Hospital Roosevelt, Guatemala**



## 8. ESTADO AL EGRESO:

*Se incluye tanto pacientes que egresaron vivos, así como, los fallecidos, y los que a pesar de egresar vivos se concideraron casos terminales, todos se describen por número de casos con sus respectivos porcentajes.*

### CUADRO No. 9

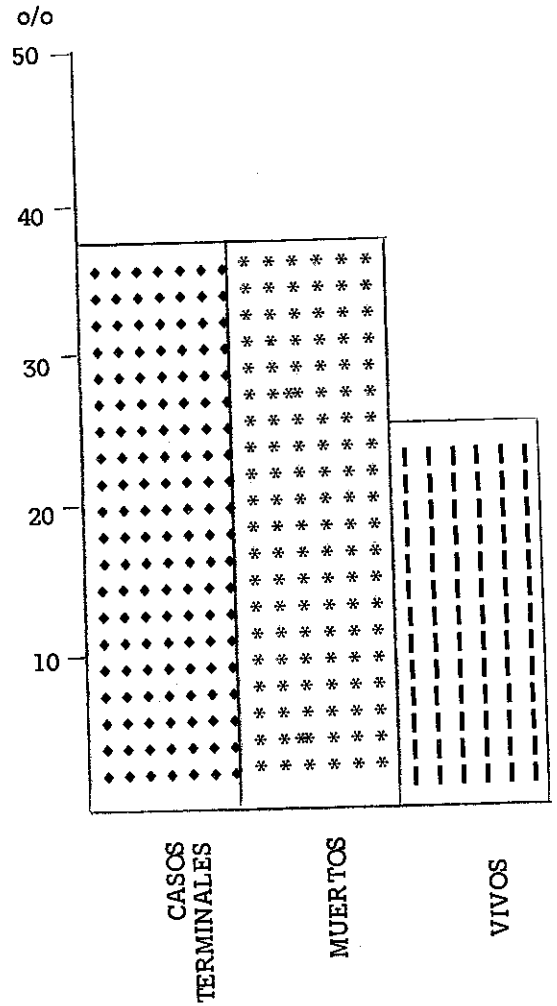
**Estado al egreso de 75 pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Pulmón 1961-1974 Hospital Roosevelt, Guatamala**

| PACIENTES | No. CASOS | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| VIVOS | 28 | 37.33 o/o |
| MUERTOS | 28 | 37.33 o/o |
| CASOS TERMINALES | 19 | 25.33 o/o |
| T O T A L | 75 | 99.99 o/o |



### GRAFICA No. 6

**Estado al egreso de 75 pacientes con diagnóstico de Cáncer del Pulmón. 1961-1974 Hospital Roosevelt, Guatemala**



## INTERPRETACION Y ANALISIS

*La palabra análisis viene del griego* **analysis** *que quiere decir* **descomposición**, *tratándose básicamente de la descomposición de un todo, con distinción de sus elementos constitutivos, asi es que serán estos últimos los que se entraran a tratar.*

1. EDAD:

*Fué el primer parámetro investigado, siendo el grupo etareo más afectado por Cáncer del pulmón el del sexto decenio. En el segundo decenio no se presentó ningún caso, apareciendo los primeros en el tercer decenio. En datos del Sanatorio Antituberculoso San Vicente, el grupo de 15 a 25 años era el más afectado por Tuberculosis; el paciente de menor edad en quien se encontró Cáncer del Pulmón fué de 36 años, es decir, un paciente sumamente joven, y el de mayor edad se encontró a los 95 años.*

*Probablemente la baja frecuencia de pacientes mayores de 70 años, se debe a que en Guatemala la población es en su mayoría joven, sin llegar a la edad elevada en que se presenta el Carcinoma.*

2. SEXO:

*En relación al parámetro sexo, se observa la mayor incidencia en varones, aunque no en la proporción descrita por autores sajones (en donde esta es de 4:1 y hasta de 9:1), pues resulta 2:1, correspondiendo el 66.66 por cien a los varones y el 33.33 por cien a las mujeres.*

*Sumado al factor edad, inciden sobre el aparecimiento de cáncer, factores exógenos, sobre todo, la exagerada costumbre*

*de fumar, con mayor frecuencia en varones.*

## 3. IMPRESION CLINICA DE INGRESO:

*El Cáncer del Pulmón actualmente se diagnóstica con más frecuencia que antes; como ejemplo en nuestro medio, tenemos que de 1961 a 1972 en el Hospital Roosevelt se diagnosticaron únicamente 60 casos. En año y medio, o sea 1973 y el primer semestre de 1974 se diagnosticaron 15 casos, lo que da una clara idea del mayor uso de técnicas de investigación del Cáncer del Pulmón. La significación epidemiológica de tal aumento es difícil de estimar, pero clínicamente este aumento de casos, podría ser porque el Carcinoma Pulmonar actualmente sea la forma más frecuentemente diagnosticada de Cáncer en el Hombre; esto ocurre al menos en países anglosajones, ignorándose si suceda lo mismo en nuestro medio, cosa que consideramos muy díficil, pues en el estudio de trece años y medio, estos alcanzan un porcentaje de 30.66 por cien de casos diagnosticados a su ingreso, habiéndose atribuido el 69.30 por cien a otras causas, es decir, que hay un error diagnóstico grande. Es probable que se tenga un error diagnóstico tan grande por la desorientación clínica causada por la patología secundaria a éste, y segundo por el cuadro clínico pulmonar tan complejo, que hace pensar en entidades más frecuentes como Tuberculosis Pulmonar, Enfisema Pulmonar Crónico, y otras; es de justicia hacer una correlación dentro de la cifra de falsos diagnósticos: un 50.68o/o del total de entidades clínicas atribuidas a los enfermos, eran problemas toráxicos distintos (Tuberculosis: 12o/o, Enfisema Pulmonar: 12o/o, Síndrome de Vena Cava Sup.: 6.67o/o, Derrame Pleural: 5.33o/o, Absceso Pulmonar: 4o/o, y otros). También tiene importancia el nivel cultural de nuestros pacientes, quienes difícilmente dan una buena historia; además, de parte del médico debe incluirse dentro del diagnóstico diferencial de un paciente mayor de 40*



*años el Cáncer del Pulmón. En el transcurso de la hospitalización de estos pacientes, se investigó el Cáncer del Pulmón al tratar de evaluar radiológicamente la entidad en que se pensaba al principio, la radiografía resultó sugestiva de Cáncer. Del total de casos con diagnóstico final de Carcinoma Pulmonar, doce no tuvieron oportunidad de ser diagnosticados en vida, haciéndoce su diagnóstico en la mesa de autopsias.*

## 4. ESTUDIOS PARA DIAGNOSTICO:

*La oportunidad de establecer un diagnóstico adecuado, ha aumentado considerablemente en los últimos años, con el empleo más frecuente de radiografías de torax, y la disponibilidad de técnicas diagnósticas como Biopsias, Broncoscopias y Centellograma Pulmonar, así como, examen Citológico de Esputo y otros. Los estudios efectuados fueron de bastante ayuda, pues básicamente de ello dependió el diagnóstico final del Cáncer del Pulmón. La Broncoscopía y las Biopsias cada vez se utilizan con más frecuencia, pero no superan en número a la Radiografía de tórax; la mayoría de estudios tendientes a diagnosticar Tuberculosis Pulmonar, resultaron poco efectivos, teniendo radiografías de torax, de las que tres fueron sugestivas. De las Baciloscopias, dos resultaron positivas para Tuberculosis, haciendo un 4.76o/o de las enfermedades asociadas. En los Lavados Gástricos con objeto de hacer Cultivo para Bacilos Tuberculosos, ninguno dió resultado positivo.*

*El total de estudios efectuados fué de 214, 151 se usaron para diagnosticar Cáncer del Pulmón (70.56o/o), y 63 correspondieron a estudios para Tuberculosis Pulmonar 929.44o/o); su correlación es la siguiente:*

| | | |
|---|---|---|
| **TOTAL DE ESTUDIOS** | 214 | 100 |
| Para Cáncer del Pulmón | | |
| Rayos "X" de tórax | 67 | 31.31 o/o |
| Biopsias | 53 | 24.77 o/o |
| Broncoscopías | 31 | 14.48 o/o |
| SUB-TOTAL | 151 | 70.56 o/o |
| Para Tuberculosis Pulm. | | |
| Rayos "X" de Tórax | 22 | 10.28 o/o |
| Baciloscopías | 27 | 12.62 o/o |
| Lavado Gástrico | 14 | 6.54 o/o |
| SUB-TOTAL | 63 | 29.44 o/o |

*Llama la atención que del total de radiografías de tórax (67), veintitrés fueron reportadas negativas para Cáncer del Pulmón, si bien, es cierto que existe un pequeño margen de error en la detección de una lesión en su inicio, también lo es el hecho de que los pacientes que consultan a nuestros hospitales y que presentan una sintomatología que amerita ingreso, tienen generalmente un Cáncer en etapa avanzada, de manera que la única forma de explicarle la negatividad radiológica es que la lesión pulmonar fuera compatible con otra entidad clínica. Se hizo Biopsia de 53 pacientes (de pulmón, pared bronquial, pleura, ganglios cervicales, inguinales y pre-escalénicos), algunas secundarias, es decir, por metástasis, seis fueron informadas negativas, la mayoría por tomas defectuosas (mala muestra), vemos que la biopsia es un estudio primordial del Cáncer del Pulmón. El estudio menos efectuado, por ser uso específico y de una persona con amplia experiencia fue la Broncoscopía, ya que se*



*efectuaron treinta y una, es decir, menos de la mitad del total de paciente; a la vez que se hacía Biopsia, se procedía a un Lavado Bronquial. Uno de los estudios poco usados, es el Citológico de Esputo, sin embargo dió el diagnóstico en varios casos; es un examen que resulta sumamente económico. Por la impresión clínica de Tuberculosis Pulmonar se hicieron estudios como Ziehl-Neelsen de esputo y cultivos para Bacilos Tuberculosos.*

## 5. TRATAMIENTO:

*Las medidas terapéuticas en el Cáncer del Pulmón empiezan con los intentos diagnósticos y epidemiológicos a fin de descubrir el tumor en un estadío temprano (premetastático), para poder ofrecer al enfermo tratamiento quirúrgico, con mayores probabilidades de sobrevida esta esperanza de descubrimiento temprano, seguida de curación quirúrgica suele constituir la forma más eficaz de tratamiento. Según algunos autores, la curación quirúrgica constituye la forma más eficaz de tratamiento, aunque en realidad las distinciones citológicas deben tenerse presente, para seleccionar y valorar diferentes tipos de tarapeutica, ya sea médica (Quimio y/o Radioterapia), Quirúrgica, o bien, Médico-Quirúrgica. Desgraciadamente en nuestro medio los pacientes sintomáticos, con tumor maligno, busca ayuda médica cuando la Neoplasia se encuentra en un estadío muy avanzado y que por lo general ha dado metástatis. El tratamiento médico fué predominante (61.90o/o de tratamientos), incluyó Quimio y/o Radioterapia, siendo esta última la más usada; el tratamiento quirúrgico siguió al médico (25.39o/o de tratamientos); de las intervenciones quirúrgicas ocho casos se concideraron satisfactorios y ocho se dieron por casos terminales, no habiendo decesos durante las intervenciones, de los casos considerados satisfactorios, aproximadamente la mitad egresó como "no mejorados" y el resto*

*tuvo egreso con "estado mejorado". Los pacientes con tratamiento Médico-Quirúrgico fueron en menor porcentaje, alcanzando 12.69o/o de tratamientos. El tratamiento Quirúrgico empleado fué del tipo Toracotomía Explotadora, Neumonectomía y Lobectomía, con resultados mediocres, ya que dicho tratamiento en la mayoría de los casos fué más que todo paliativo; el tratamiento Médico-Quirúrgico combinado tuvo resultados similares a los descritos anteriormente.*

## 6. ENFERMEDAD ASOCIADA:

*De las enfermedades asociadas al Cáncer del Pulmón, la Desnutrición tuvo prevalencia (26.19o/o), a pesar de que este parámetro raramente es tomado en consideración por los Médicos (que se encargan de anotar el diagnóstico de egreso ), pues queda opacado por el impresionante diagnóstico de "Cáncer del Pulmón"; también puede observarse que se diagnostica como "enfermedad" la patología secundaria del Carcinoma Pulmonar (por cambios anatómicos), probablemente por ignorancia de lo que es esta neoplasia en su totalidad; también por el mismo motivo se mencionan entidades secundarias a matástasis a distancia como diagnóstico de egreso, lo que constituye un grueso error.*

## 7. DIAGNOSTICO FINAL:

*En estudios efectuados en otros países el Carcinoma Broncógeno ocupa un primerísimo lugar entre los diversos tumores pulmonares, alcanzando hasta un 90o/o de todas estas neoplasias; en este trabajo le corresponde el 69.33o/o a pesar de que la clasificación fué arbitraria, pues no siempre se encontraron los informes citológicos y/o de anatomía patológica, que son los que dan la clasificación histológica (se había efectuado Biopsias), en estos casos los médicos se concretaron a escribir en las Historias Clínicas el diagnóstico de "Carcinoma Broncógeno". El Adenoma Bronquial encontrado en 2.66o/o de los casos, resulta alejado del porcentaie encontrado en otros estudios que ha sido de 5o/o; al Carcinoma no diferenciado le correspnde el 7.99o/o; en cinco casos no se pudo precisar cuadro epidermoide ni edematoso; se reportó un caso de "Células en Avena".*



## 8. ESTADO AL EGRESO:

*Muchos tumores de crecimiento rápido producen la muerte en un lapso de seis meses. Conservando una actitud de esperanza, en los pacientes con Cáncer del Pulmón, debe prestarse atención a todos los fenómenos susceptibles de remedio o meioría, así como, a los aspectos personales de cuidado. Es el Médico el que puede ayudar a prolongar la vida; evitar sufrimientos innecesarios, o permitir que venga la muerte en circunstancias de tranquilidad y dignidad. Unicamente veintiocho pacientes (de 75) egresaron mejorados, con tratamiento de sosten y/o Radioterapia; igual número de pacientes (veintiocho) murieron en el Hospital y diecinueve fueron considerados casos terminales; como puede verse, la evolución de los pacientes fué variable, siendo la mortalidad alta, ya que, es igual al número de los egresados vivos (que por cierto su estado se consideraba poco satisfactorio). La alta mortalidad, el estado poco satisfactorio de los pacientes egresados vivos y el elevado número de casos terminales, reflejan claramente la poca preocupación de los pacientes por su salud, pues generalmente consultan al Médico cuando ya la enfermedad se encuentra muy avanzada, y cuando nada o casi nada les puede ofrecer la Ciencia Médica.*

## CONCLUSIONES

1.- *Se demuestra que en el Hospital Roosevelt se incurre frecuentemente en "Errores Diagnósticos" de enfermedad pulmonar (Cáncer del Pulmón - Tuberculosis Pulmonar) pues únicamente en el 30.67o/o del total de pacientes seleccionados se pensó a su ingreso en Cáncer del Pulmón; 50.68o/o de los diagnósticos eran atribuidos a otras entidades patológicas del Tórax.*

2.- *Se comprueba que de los tipos de Cáncer del Pulmón el más frecuente es el Carcinoma Broncógeno; al que corresponde el 69.33o/o del total de las mencionadas variantes de esta Neoplasia.*

3.- *También se logró comprobar que al igual que en otras latidudes la edad más frecuente en que se presenta el Cáncer del Pulmón, es la comprendida en el sexto decenio de la vida, correspondiéndole el 34.66o/o del total de grupos etareos.*

4.- *En la mayoría de problemas Neoplásicos, la Desnutrición ocupa primerísimo lugar, siendo secundaria al Cáncer del Pulmón, le correspondió el 26.19o/o, siendo seguida por Insuficiencia Cardíaca con 11.95o/o; se hace la correlación anterior únicamente para dejar clara la predominancia de la Desnutrición en estos procesos.*

5.- *La última hipótesis, a cerca del alto indice de mortalidad hospitalaria, no pudo comprobarse en esta serie donde el número de egresados vivos iguala a los fallecidos.*

## RECOMENDACIONES

1.- *Se recomienda que en presencia de pacientes masculinos (menos énfasis en femeninos), mayores de 50 años, se piense como diagnóstico diferencial de enfermedad pulmonar en problemas neoplásicos.*

2.- *Que no se etiqueten con tanta facilidad en enfermedades pulmonares crónicas (como Tuberculosis Pulmonar, Enfisema Pulmonar Crónico, Bronquiectacias, etc.), pues esto retrasa el estudio de enfermedades como el Cáncer del Pulmón, en las que el diagnóstico tardio es fatal.*

3.- *Se recomienda el mejor y más acertado uso de laboratorios, así como, de estudios especializados.*

4.- *Que los exámenes tendientes a mejorar el diagnóstico de Cáncer del Pulmón, se inicien por los más sencillos, como lo son: El Examen Citológico de Esputo, las Radiografías de Tórax, Broncoscopías, etc.*

5.- *Que el personal médico del Hospital Roosevelt, ponga más interes en lograr un diagnóstico de Cáncer del Pulmón, pues los resultados obtenidos en este estudio dan la impresión de un gran desconocimiento, tanto del Cuadro Clínico del Cáncer del Pulmón, así como, de su patología secundaria.*

## BIBLIOGRAFIA


1.- *Errors in diagnosis of lung cancer and tuberculosis*
*Guseva EL, et al. SOV MED (8) :80-2, Aug 76 (Eng Abstr).*

2.- *Lung cancer in patients with tuberculosis*
*Kubrik NE, et al. PROBL TUBERK (10):30-4, 1975 (Eng Abstr).*

3.- *Some nineteenth century ideas on links between and cancerous diseases of lung.*
*Onvigbo WI, Br J Dis CHEST 69:207-10, Jul 75.*

4.- *A pilot study on the effect of BCG vaccination in patients with bronchial carcinoma*
*Nilsson BS, et al. SCAND J RESPIR DIS (56(2):84-6, Aug 75*

5.- *Letter: metastatic carninoma causing hematemesis*
*Gray KE, et al. Br J Med J 3(5979):372-3, Aug 75*

6.- *The incidence of lung tumours in c57id mice exposed to cigarrette smoke: air mixtures for prolonged periods*
*Harris RJ, et al. Int J Cancer 14(1):130-6, 15 Jul 74 (16 ref)*

7. *Effects of cigarrette smoke of the bronchial epithelium of Syriam hamsters ultrastructural studies*
*Reznik-Schüller H, et al. J. NATL CANCER INST (55(2):353-69, Aug 75*

8.- *Tabaco y cancer del pulmón*
*Drogendijk AC, et al. TRIANGULO Vol. 7 No. 5 1967 pp 166*

9.- *Errores de diagnóstico en enfermedades agudas y crónicas del tracto respiratorio con especial énfasis en la Gripe de Hong Kong y el carcinoma bronquial.*

*Prof. Dr. R. Schubert. THERAPEUTISCHE BERICHTE 2/70, 42. PP 96-101. Traducido y estractado del Alemán por el Dr. José del Valle Monge.*

10.- *The solitary pulmonary nodule - 1974.*
*Gillington GA. Am Rev. Respir Dis 110(6):699-707, Dec 74 (50 ref)*

11.- *Investigations of the carcinogenic aurden by air pollution in man XII*
*Schüller H, et al, CHEST 68(3):288-96, Sep 75*

12.- *The lung and air pollution: results of and epidemiological study in the Netherland (author's trans)*
*Van der Lende R, et al. PRAY NEUMOL 29(9):505-12. Sep 75 (Eng Abstr)*

13.- *Carcinoma of bronchus. 1. incidence and aetiology*
*Deeley TJ. NURS TIMES 72(3):98-9, 22 Jan 76*

14.- *Investigation for tuberculosis (letter)*
*Roberts FJ, et al. CAN MED ASSOC J 115(9):842, 6 Nov 76*

15.- *Signs and syntoms of bronchogenic carcinoma*
*Cohen MH. SEMIN ONCOL 1(3):183-9, Sep 74 (47 ref)*

16.- *TB or not TB? critique of an actual hospital audit and alternate criteria for pulmonary tuberculosis*
*QRB. 2(4):14-8, 20-3, Apr 76*

17.- *Diagnostic and therapeutic challenges following the cytologic diagnosis of in situ carcinoma of the lung*
*Tyers GF, et al. CHEST 69(1):33-8, Jan 76*

18. *Pathomorphosis of current fibrous cavernous pulmonary tuberculosis*
*Solov'eva in Arkir patol 35:13-8, 1973 (64 ref) eng Abstr)*



19.- *Cytological diagnosis of lung neoplasms*
*Petrova AJ, et al. KLIN MED (Mosk) 51:15-20, Nov 73 (73 ref) (Eng Abstr)*

20.- *Silent, chronic, massive pulmonary thromboembolism masquerading as bronchogenic carcinoma*
*Schoenfield MR, et al. J. THORAC CARDIOVASC SURG 72 (4):581-4, Oct 76*

21.- *Situación actual del paciente tuberculoso hospitalizado (Sanatorio San Vicente).*
*Dr. Duarte S., Enrique E. (Trabajo de tesis) Jun 1975*

22.- *Broncho pulmonar benign tumors (Author's trans)*
*Teicher L, et al. BRATISL LEK LISTY 64 (3)346-50, Sep 75 (eng Abstr)*

23. *Diagnostic methods and therapy of cronic bronchitis, bronhiectases, pulmonary emphyema and bronchial carcinoma in old age*
*Steinbrück P. Z Alternsforsch 28(2)49-112, 1974*

24.- *Superior vena cava sindrome caused by bronchogenic syst*
*Rammohang, et al. CHEST 68(4):599-601, Oct 75*

25.- *The role of surgery in management of bronchial cancer*
*Naef AP, SCHWEIZ MED WOCHENSCHR 103:1621-6, 12 Nov. 73 (11 ref) (Eng Abstr)*

26. *Treatmen of inoperable carcinoma of bronchus*
*Laing AH, et al. LANCET 2(7446):1161-4, 13 Dec 75*

27. *Regional lung function in cancer*
*Fletcher JW, et al. PROG NUCL MED 3:135-48, 173 (42 ref)*

28.- *Chemoteray of bronchial carcinoma*

*BTTA REV. 3:17-26 Jun 73 (Boesen EA) (40 ref)*

29.- *Endocrine disorders in neoplasms of the respiratory system Obrzut D. WIAD LEK 27(15):1381-3, 1 Aug 74 (7 ref)*

30.- *Current and future concepts of lung cancer Benfield JR, id. ANNALS OF INTERNAL MEDICINE 83(1)1-132 (1975)*



BR. Antonio Brañas L.

Asesor.

Revisor.

Director de Fase III.

Secretario General

Vo. Bo.

Decano