

Nódulo pulmonar solitario

El nódulo pulmonar solitario (NPS) es un hallazgo clínico común y su formación no es de extrañar. El pulmón, posee una gran variedad de tejidos (cartílago, epitelio bronquial, epitelio alveolar con neumocitos I y II, tejido conectivo, vasos sanguíneos, tejido nervioso, etc.) que pueden originarlos. El pulmón es también un gran filtro, por el que pasa toda la sangre de la economía, en la cual van bacterias, virus, parásitos, partículas, células tumorales etc., y además está conectado con el medio ambiente a través de la vía aérea, por la cual ingresan libremente diferentes organismos y cuerpos extraños.

El médico frecuentemente debe decidir qué conducta tomar cuando encuentra un NPS en un paciente totalmente asintomático, ya que este apareció en un examen de rutina. En este número de Acta Medica Yu Tseng y cols. nos presentan una comunicación breve sobre esta entidad.

Durante 6 años completos en el Hospital "Dr. R.A. Calderón Guardia" fueron biopsiados 49 pacientes con nódulos únicos. Es interesante comparar este estudio con otro realizado en el Hospital México de 1970 a 1980¹, allí se intervinieron 23 enfermos, o sea el 47% del número supracitado y además en casi el doble del tiempo (10 vs.6 años). ¿Como se explicará este gran aumento? ¿Estamos siendo más liberales en la obtención de radiografías, o en enviar pacientes a cirugía, o será por el crecimiento normal de la población?

El otro aspecto interesante es el resultado de las biopsias, ya que casi el 84% fueron benignas, y solo el 16% malignas, en tanto que en el estudio anterior 39% fueron malignas. El hecho de que los autores hayan encontrado un porcentaje menor de malignidad en esta muestra de nódulos, no debe de hacernos creer que la incidencia de cáncer broncogénico esté bajando, por el contrario sabemos que va en aumento, sobre todo en mujeres². El porcentaje de malignidad de un NPS varía de un 10 a un 70%³, y puede depender hasta del área geográfica de procedencia de los pacientes.

Es muy importante la conducta agresiva en el establecimiento del diagnóstico histológico, como lo mencionan los autores, ya que los resultados del tratamiento del paciente con carcinoma pulmonar varían con el tamaño de la lesión, la resección completa de un T1N0M0 (igual o <3 cms) puede curar del 60 al 70% de los enfermos⁴.

Siempre se debe de buscar una radiografía previa para comparar, primero, si ya el nódulo existía y luego para ver su evolución. La tomografía computarizada (TAC), puede orientar sobre la naturaleza de la lesión basado en sus patrones de calcificación, regularidad de los bordes etc.,⁵ pero no puede afirmar con certeza la histología. La tomografía con emisión de positrones (PET), estudio que no tenemos en Costa Rica, se ha utilizado en este campo ya por mas de 10 años y puede detectar tejidos metabólicamente activos, como los neoplásicos o inflamatorios, con sensibilidad de casi 97% pero especificidad de 78%³.

Basado en los hallazgos del PET y del TAC se han hecho algoritmos que efectivamente pueden reducir la cantidad de enfermos enviados al quirófano, con la consiguiente economía de dinero y de riesgo quirúrgico, pero al no contar con esa tecnología en nuestro medio nos debe obligar a ser muy cautelosos y referir esos pacientes a los especialistas respectivos, para su evolución y tratamiento.

Dr. Carlos Salazar Vargas
FACS/ FCCP/ FAHA

Referencias

- ¹ Soto L., Salazar C., Pérez V., Sáenz M. El nódulo pulmonar solitario. Acta Med Cost 1981; 24:35-43
- ² Salazar C., Salazar L. Cáncer broncogénico en Costa Rica. Rev Med Broncopul 2005; 2:19-23
- ³ Ost D., Fein A., Feinsilver SH. The solitary pulmonary nodule. N Engl J Med 2003; 348: 2535-2542
- ⁴ Wigle D.A., Keshavjee S., Ginsberg RJ. Lung cancer: surgical treatment. En: Sellke FW., del Nido P., Swanson SJ.(Eds) Sabiston and Spencer Surgery of the Chest. Philadelphia. Elsevier Saunders 2005, 253-276
- ⁵ Mc Loud T. Imaging techniques for diagnosis and staging of lung cancer. Clinics in Chest Medicine, 2002; 23: 123-136.