



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

"HISTORIA NATURAL DEL CARCINOMA BRONCOGENICO,  
REVISION DE 100 CASOS DE AUTOPSIA"

*[Signature]*  
Vo. Ca. *[Signature]*

## T E S I S

Que para obtener el título de  
NEUMOLOGO  
Presenta

RAFAEL VARELA MONTES DE OCA

# INER

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INTRODUCCION.

EL CARCINOMA BRONCOGÉNICO FUÉ UNA ENTIDAD CLINICOPATOLÓGICA POCO - FRECUENTE EN EL SIGLO PASADO ( MENOS DEL 1% DEL TOTAL DE LAS DEFUN CIONES ERAN DEBIDAS AL CARCINOMA BRONCOGÉNICO), HA TENIDO UN GRAN INCREMENTO HACIA LA MITAD DEL SIGLO XX, PUESTO QUE SE ENCONTRABAN 5 CASOS POR 100,000 HABITANTES, Y MÁS RECIENTEMENTE LLEGÓ A SER DE 90 POR 100,000 HABITANTES EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA. - SU FRECUENCIA MUNDIAL SE CALCULA EN 120 POR 100,000 HABITANTES. SE SITÚA ENTRE LOS PRIMEROS LUGARES DE MORTALIDAD ENTRE TODOS LOS TI- POS DE NEOPLASIAS MALIGNAS (PRIMER LUGAR EN EL SEXO MASCULINO Y -- TERCERO PARA EL FEMENINO CON RESPECTO AL RESTO DE LAS NEOPLASIAS). PESE A LOS AVANCES TECNOLÓGICOS Y CIENTÍFICOS SE DIAGNÓSTICA EN FA SES AVANZADAS CUANDO YA NO ES POSIBLE ESTABLECER UN ESQUEMA TERA-- PÉUTICO CURATIVO SINO SOLO PALIATIVO.

MÉXICO NO ES LA EXCEPCIÓN, DIVERSOS ESTUDIOS RETROSPECTIVOS Y PROS PECTIVOS REALIZADOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD, MUESTRAN QUE SE ENCUENTRA ENTRE LOS PRIMEROS LUGARES COMO CAUSA DE DEFUNCIÓN ENTRE LA TOTALIDAD DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS.

OBJETIVOS.

LOS OBJETIVOS DEL PRESENTE TRABAJO CONSISTEN EN MOSTRAR LA FRECUENCIA DE -  
LOS DIVERSOS TIPOS HISTOLÓGICOS DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO, SUS CARACTE--  
RÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS EN EL MATERIAL DE AUTOPSIAS DEL INSTITU--  
TO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

ASIMISMO EL DE CONOCER LA HISTORIA NATURAL DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS - -  
EN ESTE HOSPITAL Y QUE PENSAMOS REFLEJAN FIELMENTE EL TIPO DE PACIENTES -  
QUE SE PRESENTAN EN ESTA CLASE DE INSTITUCIONES.

## MATERIAL Y METODOS.

SE REVISARON LOS PROTOCOLOS DE AUTOPSIAS DE LA UNIDAD DE ANATOMÍA - PATOLÓGICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO DE 1971 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1984. SE OBTUVIERON LOS CASOS DE CARCINOMA BRONCOGÉNICO CON LOS SIGUIENTES GRUPOS DE DATOS:

- 1) GENERALES, QUE INCLUYÓ: EDAD, SEXO, OCUPACIÓN Y LUGAR DE PROCEDENCIA,
- 2) ANTECEDENTES: DE TABAQUISMO, EXPOSICIÓN A INHALANTES O POLVOS INDUSTRIALES,
- 3) DATOS CLÍNICOS COMO: DIAGNÓSTICO AL INGRESO, SIGNOS Y SÍNTOMAS, Y LA EVOLUCIÓN RESPECTIVA CON REFERENCIA AL MOMENTO DEL INICIO DEL PADECIMIENTO Y LA DEFUNCIÓN,
- 4) ESTUDIOS DE GABINETE, Y
- 5) ESTUDIOS ESPECIALES QUE INCLUYERON: CITOLOGÍAS DE EXPECTORACIÓN TORACOCENTESIS, BRONCOSCOPÍA Y BIOPSIAS DIVERSAS.

DE TODOS LOS CASOS SE DISPUSO, PARA SU REVISIÓN, DE LAS PREPARACIONES HISTOLÓGICAS. LOS TUMORES FUERON DIVIDIDOS DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN PROPUESTA POR LA O.M.S. EN 1982.

LOS CASOS SE AGRUPARON DE ACUERDO A LA VARIEDAD HISTOLÓGICA, Y SE CORRELACIONARON POR SEPARADO CON LOS DATOS OBTENIDOS. FINALMENTE SE COMPARARON LOS RESULTADOS CON ESTUDIOS PUBLICADOS POR OTROS PAÍSES.

## RESULTADOS.

SE ENCONTRARON 104 CASOS DE CARCINOMA BRONCOGÉNICO. DE CUATRO NO SE LOGRÓ OBTENER LOS DATOS CLÍNICOS REQUERIDOS POR LO QUE SE EXCLUYERON. DE LOS 100 INCLUIDOS LOS DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS FUERON LOS SIGUIENTES: ADENOCARCINOMA 51 CASOS, CARCINOMA EPIDERMÓIDE 26 Y CARCINOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS 17. POR ÚLTIMO, 6 CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS: LEIOMIOSARCOMA, ANGIOSARCOMA, CARCINOSARCOMA, CARCINOMA ADENOIDEQUÍSTICO, LINFOMA PULMONAR PRIMARIO Y DE CARCINOMA INDIFERENCIADO. ESTOS ÚLTIMOS SE AGRUPAN COMO MISCELÁNEOS, Y DEBIDO A SU BAJA FRECUENCIA NO SE COMPARARON AL RESTO DEL GRUPO.

SE ENCONTRARON 70 HOMBRES Y 24 MUJERES. LAS EDADES OSCILARON ENTRE 20 Y LOS 85 AÑOS. EL 51% LOS ENCONTRAMOS ENTRE LOS 51 Y 70 AÑOS DE EDAD, EL 26.5% ENTRE LOS 31 Y 50 AÑOS, EL 20.2% ENTRE MAYORES DE 70 AÑOS Y EL RESTANTE 2.1% ENTRE LOS MENORES DE 30 AÑOS. (TABLAS 1-3)

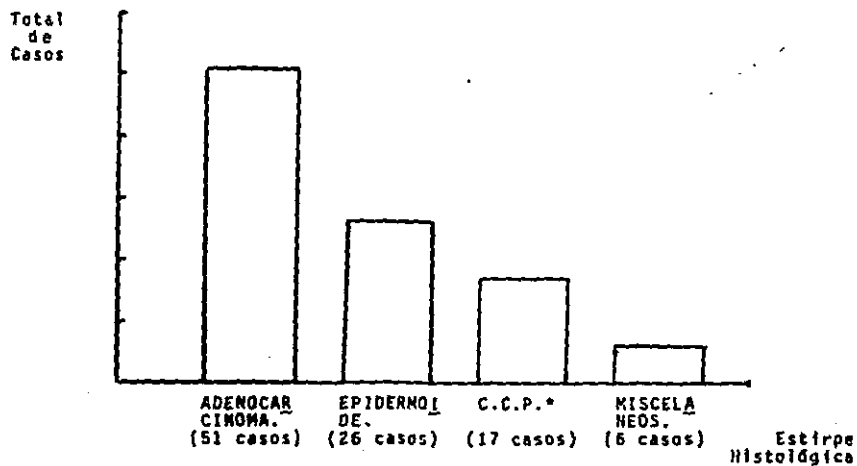
VEINTISIETE (28.7%) FUERON CAMPESINOS, 20 (21.2%) SE DEDICARON A LABORES DOMÉSTICAS, 11 (11.7%) EMPLEADOS Y 10 (10.6%) FUERON COMERCIANTES, Y EL RESTANTE 27.8% FUE DE OCUPACIONES DIVERSAS.

LOS CASOS PROVENÍAN PRINCIPALMENTE DE 7 ESTADOS DE LA REPÚBLICA: - ESTADO DE MÉXICO 14, MICHOACÁN 12, DISTRITO FEDERAL 9, JALISCO, VERACRUZ E HIDALGO CON 7 CADA UNO Y DE GUERRERO 5. LA PROCEDENCIA DE LOS RESTANTES 39 ERA DE DIFERENTES ESTADOS DE LA REPÚBLICA SIN LLEGAR A FORMAR UN GRUPO REPRESENTATIVO.

EN LO QUE RESPECTA AL TABAQUISMO SE SEPARÓ EN CANTIDAD DE CIGARROS POR DÍA ASÍ COMO EN TIEMPO Y CON RELACIÓN A LAS DIFERENTES VARIETADES HISTOLÓGICAS.

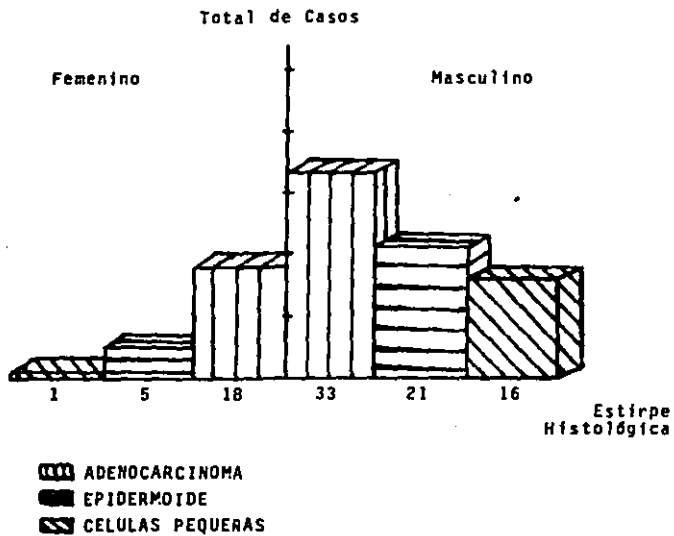
EN EL GRUPO DE ADENOCARCINOMA 18 (35.2%) NO FUMARON, SIENDO EL 9.8% HOMBRES Y 25.4% MUJERES. LOS RESTANTES 33 (64.7%) TUVIERON TABAQUISMO POSITIVO: 29.4% LOS QUE FUMARON ENTRE 10 Y 20 CIG/DÍA, 17.6% MENORES DE 10 CIG/DÍA, 9.8% ENTRE 20 Y 40 CIG/DÍA Y 2.2% MAYORES DE 40 CIG/DÍA. EN 23 CASOS (45%) FUMARON MÁS DE 30 AÑOS, EL 17.6% ENTRE 10 Y 30 AÑOS Y MENOS DE 10 AÑOS EL 1.9%.

TABLA 1.  
DISTRIBUCION DE LOS CASOS CON RESPECTO A LA ESTIRPE HISTOLOGICA DEL TUMOR.



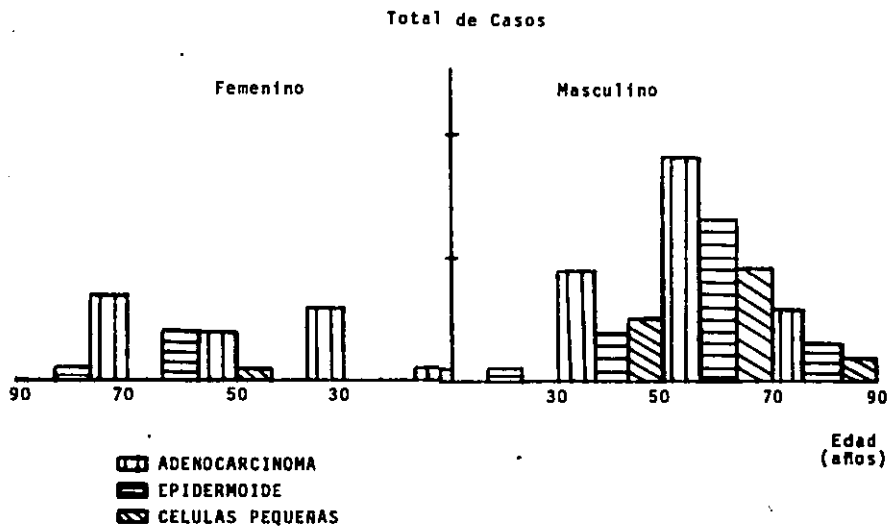
\*C.C.P. = Carcinoma de Células Pequeñas.

**TABLA 2.**  
**FRECUENCIA POR SEXO SEGUN LAS DIFERENTES VARIEDADES HISTOLOGICAS DEL TUMOR.**





**TABLA 3.**  
**DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO PARA LAS DIVERSAS VARIETADES DE CARCINOMA ---**  
**BRONCOGENICO.**



PARA LOS CASOS DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE 4 (15,3%) NO FUMARON, SIENDO EL 11,5% HOMBRES Y EL 3,8% MUJERES. LOS RESTANTES 22 (84,6%) TUVIERON TABAQUISMO POSITIVO: 30,7% LOS QUE FUMARON MENOS DE 10 CIG/DÍA, 23% ENTRE 10 Y 20 CIG/DÍA, EL 19,2% ENTRE 20 Y 40 CIG/DÍA Y EL 11,5% MAYORES DE 40 CIG/DÍA.

ENTRE QUIENES PADECIERON CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS DE LOS 17 CASOS SOLO 1 NO FUMÓ (5,85). LOS RESTANTES 16 (94,1%) TUVIERON MÁS -- PREDOMINANCIA AQUELLOS QUE FUMABAN ENTRE 10 Y 20 CIG/DÍA EN EL 64,7% ENTRE 20 Y 40 CIG/DÍA Y MENORES DE 10 EL 11,7% CADA UNO Y EL 5,8% - MAYORES DE 40 CIG/DÍA (TABLAS 4 Y 5).

EN TRES CASOS SE ENCONTRÓ EXPOSICIÓN A DIVERSOS POLVOS (MINEROS) Y EN 1 EXPOSICIÓN A PRODUCTOS QUÍMICOS.

EL SÍNTOMA PRINCIPAL PARA TODOS LOS CASOS FUE TOS EN 90 (95,7%), -- 84 (89,3%) REFIRIERON ANOREXIA, ASTENIA, ADINAMIA Y/O PÉRDIDA DE PESO. EXPECTORACIÓN EN 82 (87,2%). ALGUNOS SIGNOS Y SÍNTOMAS SE PRESENTARON PREDOMINANTEMENTE SEGÚN LA VARIEDAD HISTOLÓGICA. PARA EL ADENOCARCINOMA 43 (84,3%) PRESENTARON DISNEA, DOLOR PLEURAL EN 29 (56,8%) ESPUTO HEMOPTÓICO EN 26 (50,9%), FIEBRE EN 20 (39,2%), HEMOPTISIS EN 11 (21,5%), DISFONÍA EN 9 (17,6%) Y DISFAGIA EN 2 (3,9%).

PARA EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE 14 (53,8%) PRESENTARON DOLOR PLEURAL, ESPUTO HEMOPTÓICO Y DISNEA EN 13 (50%), FIEBRE EN 9 (34,6%), HEMOPTISIS Y DISFONÍA EN 4 (15,3%) Y DISFAGIA EN 3 (11,5%).

EN EL GRUPO DE CARCINOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS DISNEA EN 13 (76,4%), DOLOR PLEURAL EN 11 (64,7%), FIEBRE EN 9 (52,9%), ESPUTO HEMOPTÓICO EN 6 (35,2%), DISFAGIA EN 4 (23,5%), DISFONÍA EN 3 -- (17,6%) Y HEMOPTISIS EN 2 (11,7%). (TABLA 6).

LOS DIVERSOS SÍNDROMES ENCONTRADOS PARA LAS VARIEDADES HISTOLÓGICAS SE MUESTRAN EN LA TABLA 7. EL SÍNDROME MÁS FRECUENTE FUE EL DERRAME PLEURAL EN 36 (38,2%), EL DE CONDENSACIÓN EN 33 (35,1%), ATELECTASIA EN 14 (14,6%), SÍNDROME DE HORNER EN 8 (8,5%) Y UNO DE SÍNDROME

**TABLA 4.**  
**INDICE DE TABAQUISMO EN PACIENTES CON CARCINOMA BRONCOGENICO (CANTIDAD DE -**  
**CIGARROS FUMADOS POR DIA).**

CIGARROS/DIA	ADENO CARCINOMA		EPIDERMIOIDE		C.C.P.*		TOTAL (%)
	M	F	M	F	M	F	
MENOR 10	5	4	7	1	2	-	19(20,2)
10 A 20	14	1	5	1	11	-	32(34)
20 A 40	5	-	4	1	2	-	12(12,7)
MAYOR 40	4	-	2	1	1	-	8(8,5)
NINGUNO	5	13	3	1	-	1	23(24,4)

\*C.C.P. = CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS.

**TABLA 5.**  
**INDICE DE TABAQUISMO EN PACIENTES CON CARCINOMA BRONCOGENICO (CANTIDAD DE -**  
**AÑOS FUMADOS).**

AÑOS.	ADENO CARCINOMA		EPIDERMÓIDE		C.C.P.*		TOTAL(%)
	M	F	M	F	M	F	
MENOR 10	1	-	1	-	-	-	2(2,1)
10 A 30	6	3	3	1	5	-	18(19,1)
MAYOR 30	21	2	14	3	11	-	51(54,2)

\*C.C.P. = CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS.

TABLA 6.  
SIGNOS Y SÍNTOMAS PRESENTES EN LA EXPLORACION FISICA DE PACIENTES CON CARCINOMA BRONCOGENICO.

SIGNOS Y SÍNTOMAS.	ADENO CARCINOMA (NO. CASOS)	EPIDERMOIDE (NO. CASOS)	C.C.P.* (NO. CASOS)	TOTAL(%)
TOS	49	25	16	90(95.7)
ANOREXIA	43	25	16	84(89.3)
ASTENIA	43	25	16	84(89.3)
ADINAMIA	43	25	16	84(89.3)
PÉRDIDA DE PESO	43	25	16	84(89.3)
EXPECTORACIÓN	45	23	14	82(87.2)
DISNEA	43	13	13	69(73.4)
DOLOR PLEURAL	29	14	11	54(57.4)
ESPUTO HEMOPTOICO	26	13	6	45(47.8)
FIEBRE	20	9	9	38(40.4)
HEMOPTISIS	11	4	2	17(18)
DISFONÍA	9	4	3	16(17)
DISFAGIA	2	3	4	9(9.5)

\*C.C.P. = CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS.

DE VENA CAVA SUPERIOR (1.06%). LOS SÍNDROMES CON RESPECTO A LOS GRUPOS HISTOLÓGICOS FUE COMO SIGUE: PARA EL ADENOCARCINOMA EN 26 (50.9%) DE CONDENSACIÓN EN 11 (21.5%), ATELECTASIA EN 5 (9.8%) Y EL SÍNDROME DE HORNER EN 4 (7.8%) PARA EL GRUPO DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE, CONDENSACIÓN EN 16 (61.5%), ATELECTASIA EN 6 (23%), DERRAME PLEURAL EN 3 (11.5%) Y 2 CON SÍNDROME DE HORNER (7.6%), FINALMENTE PARA EL CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS, DERRAME PLEURAL EN 7 (41.1%), CONDENSACIÓN EN 6 (35.2%), ATELECTASIA EN 3 (17.6%), EL DE HORNER EN 2 (11.7%) Y 1 DE SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR (5.8%).

EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO-RADIOLÓGICO AL INGRESO AL HOSPITAL FUE DE CARCINOMA -- BRONCOGÉNICO EN 62, LO QUE REPRESENTA UNA CERTEZA DIAGNÓSTICA DE 65.9%, PARA EL ADENOCARCINOMA LA CERTEZA DIAGNÓSTICA FUE EN 31/51 (60.7%), PARA EL EPIDERMÓIDE EN 18/26 (69.2%) Y PARA EL CARCINOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS EN 13/17 (76.4%).

DESDE EL PUNTO DE VISTA RADIOLÓGICO SE ENCONTRÓ PREDOMINANCIA CON OPACIDAD -- ÚNICA EN 40 CASOS (42.5%) EN UN DIÁMETRO DE MÁS DE 4CM, EN 35 (37.2%) Y 5 -- (5.3%) INFERIOR A 4 CM; SU MÁS FRECUENTE LOCALIZACIÓN FUE HILAR EN 17 (18%), SEGUIDO EN LÓBULO SUPERIOR CON 14 (14.8%), Y 7(7.4%) EN LÓBULO INFERIOR Y EN TODO EL HEMITÓRAX EN 2 (2.1%); HUBO EXCAVACIÓN EN SOLO 3 CASOS Y SE PRESENTÓ ELEVACIÓN DIAFRAGMÁTICA EN 4. EL DERRAME PLEURAL SE PRESENTÓ EN 36 (38%), -- OPACIDAD MÚLTIPLE EN 25 (26.5%) Y ATELECTASIA EN 14 (15%). DIFERENCIAS ENTRE -- CADA UNA DE LAS VARIEDADES HISTOLÓGICAS SON: PARA EL ADENOCARCINOMA EL DERRAME PLEURAL EN 26 (50.9%), LE SIGUE LA OPACIDAD MÚLTIPLE EN 16 (31.3%), LA -- OPACIDAD ÚNICA CON 15 (29.4%) CON DIÁMETRO SUPERIOR A 4CM EN 12 (23.5%) LOCALIZADO EN EL HILIO EN 8 (15.6%) Y ATELECTASIA EN 5 (9.8%); HUBO COMBINACIÓN DE OPACIDAD ÚNICA MÁS DERRAME PLEURAL EN 4, OPACIDAD MÚLTIPLE MÁS DERRAME -- PLEURAL EN 5 Y OPACIDAD MÚLTIPLE CON ATELECTASIA EN 2.

EL EPIDERMÓIDE TUVO 17 (65.3%) CON OPACIDAD ÚNICA SIENDO MAYOR A 4CM DE DIÁMETRO EN 16 (61.5%) LOCALIZADO PRINCIPALMENTE EN LÓBULO SUPERIOR EN 8 (30.7%) Y 6 EN EL HILIO (23%); FUE LA VARIEDAD QUE SE EXCAVÓ EN 2 CASOS LE SIGUE LA -- ATELECTASIA Y OPACIDAD MÚLTIPLE CON 6 (23%) CADA UNO Y DERRAME PLEURAL EN 3 (11.5%), EXISTIÓ COMBINACIÓN DE OPACIDAD ÚNICA MÁS DERRAME PLEURAL Y CON -- ATELECTASIA EN 1 CASO CADA UNO Y OTRO MÁS CON OPACIDAD MÚLTIPLE MÁS DERRAME PLEURAL.

**TABLA 7.**  
**SÍNDROMES PRESENTES EN LA EXPLORACION CLINICA DE PACIENTES CON CARCINOMA --**  
**BRONCOGENICO.**

SÍNDROMES.	ADENO CARCINOMA (NO. CASOS)	EPIDERMÓIDE (NO. CASOS)	C.C.P.* (NO. CASOS)	TOTAL(%)
CONDENSACIÓN:				
DER.	7	9	4	20
IZQ.	4	7	2	13
TOTAL(%)	11(22)	16(62)	6(36)	33(35)
ALECTASIA:				
DER.	3	4	1	8
IZQ.	2	2	2	6
TOTAL(%)	5(10)	6(23)	3(12)	14(15)
DERRAME PLEURAL:				
DER.	20	1	5	26
IZQ.	6	2	2	10
TOTAL(%)	26(51)	3(12)	7(41)	36(38)
SÍNDROME DE V.C.S.*	-	-	1	1(1)
SÍNDROME DE HORNER	4	2	2	8(9)

\*C.C.P. = CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS.

\*V.C.S. = SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR.

EL CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS TUVO 8 (47%) CON OPACIDAD ÚNICA Y FUE SUPERIOR A 4CM DE DIÁMETRO EN 7 (41%) LOCALIZADO EN LÓBULO SUPERIOR EN 4 (23,5%) Y 3 (17,6%) EN EL HILIO Y SOLO 1 CASO SE EXCAVÓ. EL DERRAME PLEURAL EN 7 - - (41,1%) Y 3 CON ATELECTASIA Y OPACIDAD MÚLTIPLE CADA UNO (17,6%). HUBO COMBINACIÓN DE UN CASO CADA UNO DE OPACIDAD ÚNICA CON DERRAME PLEURAL Y ATELECTASIA ASÍ COMO DE OPACIDAD MÚLTIPLE MÁS DERRAME PLEURAL Y ATELECTASIA (TABLA 8).

EN 47 (50%) SE REALIZÓ CITOLOGÍA DE EXPECTORACIÓN EN SERIE DE 5. EN 15/47 - - (31,9%) SE LLEGÓ AL DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA POR ESTE MÉTODO Y EN LOS 32 - - (68%) RESTANTES NO SE OBTUVO DIAGNÓSTICO DE CÁNCER.

SE REALIZARON 30 ESTUDIOS CITOLÓGICOS DE LÍQUIDO PLEURAL. EN 13/30 (43,3%) SE HIZO DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA Y EN LOS 17/30 (56,6%) RESTANTES SE DIAGNOSTICÓ COMO ALTERACIONES INFLAMATORIAS. EN 32/36 SE EFECTUÓ TORACOCENTESIS. EN 21/32 (65,6%) FUE HEMÁTICO, CITRINO EN 9/32 (28,1%) Y EN 2/32 (6,2%) FUE PURULENTO. SE REALIZARON SOLO 6 BIOPSIAS PLEURALES, SIENDO 2/6 POSITIVAS A TUMOR Y 4/6 CON CAMBIOS INFLAMATORIOS CRÓNICOS (TABLA 9).

SE EFECTUÓ BRONCOSCOPÍA EN 48 SUJETOS. EN 12/48 (25%) SE LOGRÓ VISUALIZAR EL TUMOR. SE REPORTÓ COMPRESIÓN EXTRÍNSECA EN 15/48 (31,2%) EN 18/48 (37,5%) SIN ANORMALIDADES DEL ÁRBOL BRONQUIAL Y EN 3/48 (6,2%) SUPURACIÓN. EN 35 DE LAS 48 BRONCOSCOPÍAS SE EFECTUÓ CEPILLADO BRONQUIAL. EN 12 (34,2%) SE DIAGNOSTICÓ CARCINOMA Y EN 23 (65,7%) NO SE LLEGÓ A UN DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO. SE HIZO BIOPSIA DEL TUMOR EN 11 CASOS Y RESULTÓ CARCINOMA EN 3 (TABLA 10).

EN 19 PACIENTES SE EFECTUÓ BIOPSIA DE GRASA PREESCALÉNICA. EN 13/19 (68,4%) SE HIZO DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA Y EN LOS 6/19 (31,5%) RESTANTES NO SE LLEGÓ A DIAGNÓSTICO (TABLA 10).

SE PRACTICÓ BIOPSIA TRANSTORÁCICA EN 7. EN 3/7 SE LLEGÓ AL DIAGNÓSTICO DE - - CERTeza, EN LOS 4 RESTANTES SE REPORTARON ALTERACIONES INFLAMATORIAS (TABLA 10).

EN 10 OCASIONES SE LLEVÓ AL SUJETO A TORACOTOMÍA EXPLORADORA. EN TODOS SE HIZO DIAGNÓSTICO DEL TUMOR SIN POSIBILIDADES DE RESECCIÓN QUIRÚRGICA EN NINGUNO DE ELLOS.

FINALMENTE SE ANOTARON LOS TIEMPOS DE EVOLUCIÓN ENTRE EL INICIO DEL PADECIMIENTO Y EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN ASÍ COMO CON EL TIEMPO DE LA DEFUNCIÓN.



TABLA 8.

MANIFESTACIONES RADIOLOGICAS DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA BRONCOGENICO.

IMAGEN RADIOLOGICA.	ADENO CARCINOMA (NO. CASOS)	EPIDERMIOIDE (NO. CASOS)	C.C.P.* (NO. CASOS)	TOTAL (%)
OPACIDAD ÚNICA:				
DIÁMETRO:				
- 4cm.	3	1	1	5(5,3)
+ 4cm.	12	16	7	35(37,2)
				<u>40(42,5)</u>
LOCALIZACIÓN:				
HILAR.	8	6	3	17(18)
LOB. SUP.	2	8	4	14(14,8)
LOB. INF.	5	2	-	7(7,4)
HEMITÓRAX.	-	1	1	2(2,1)
				<u>40(42,5)</u>
EXCAVADA.	-	2	1	3
CON ELEVACIÓN - DIAFRAGMÁTICA.	-	3	1	4
DERRAME PLEURAL	26	3	7	36(38)
OPACIDAD MÚLTIPLE.	16	6	3	25(26,5)
ATELECTASIA.	5	6	3	14(15)

\*C.C.P. = CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS.

TABLA 9.  
ESTUDIOS ESPECIALES PARA EL DIAGNOSTICO DE CARCINOMA BRONCOGENICO.

ESTUDIOS ESPECIALES.	ADENO CARCINOMA (NO. CASOS)	EPIDERMOIDE (NO. CASOS)	C.C.P.* (NO. CASOS)	TOTAL(%)
CITOLOGÍA DE EXPECTORACIÓN:				
POSITIVO.	8	5	2	15(31.9)
NEGATIVO.	12	12	8	<del>32(68)</del>
				47
CITOLOGÍA DE TORACOCENTESIS:				
POSITIVO.	12	1	-	13(43.3)
NEGATIVO.	10	2	5	<del>17(56.6)</del>
				30
ASPECTO DEL LÍQUIDO PLEURAL:				
HEMÁTICO.	16	1	4	21(65.6)
CITRINO.	6	1	2	9(28.1)
PURULENTO.	1	1	-	<del>2(6.2)</del>
				32
BIOPSIA PLEURAL:				
POSITIVO.	2	-	-	2(33.3)
NEGATIVO.	4	-	-	<del>4(66.6)</del>
				6

\*C.C.P. = CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS.

**TABLA 10**  
**ESTUDIOS ESPECIALES EN EL DIAGNOSTICO DEL CARCINOMA BRONCOGENICO.**

ESTUDIOS ESPECIALES.	ADENO CARCINOMA (NO. CASOS)	EPIDERMIOIDE (NO. CASOS)	C.C.P.* (NO. CASOS)	TOTAL (%)
<b>BRONCOSCOPIA:</b>				
- VISION DEL TUMOR.	4	6	2	12 (25)
- COMPRESION.	8	4	3	15 (31.2)
- SUPURACION.	2	-	1	3 (6.2)
- ARBOL BRONQUIAL SIN ALTERACIONES.	7	10	1	18 (37.5)
				<u>48</u>
<b>BIOPSIA DEL TUMOR:</b>				
POSITIVO.	-	3	-	3
NEGATIVO.	3	3	2	8
				<u>11</u>
<b>CEPILLADO BRONQUIAL:</b>				
POSITIVO.	6	4	2	12 (37.5)
NEGATIVO.	10	10	3	23 (65.7)
				<u>35</u>
<b>BIOPSIA PREESCALENICA:</b>				
POSITIVO.	5	7	1	13 (68.4)
NEGATIVO.	3	1	2	6 (31.5)
				<u>19</u>
<b>BIOPSIA TRANSTORACICA:</b>				
POSITIVO.	1	2	-	3
NEGATIVO.	1	1	2	4
				<u>7</u>

\*C.C.P. = CARCINOMA DE CELULAS PEQUEÑAS.

EN 31 (32.9%) SE ENCONTRÓ ENTRE 1 A 3 MESES DE VOLUCIÓN AL TIEMPO DEL INGRESO, VEINTISEIS (27.6%) DE 3 A 6 MESES, 21 (21.3%) EVOLUCIONARON DE 6 MESES A UN AÑO ANTES DE ACUDIR A LA INSTITUCIÓN. DOCE (12.7%) FUERON INTERNADOS CON MÁS DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, POR ÚLTIMO 4 (4.2%) REFIRIERON MENOS DE 1 MES DE EVOLUCIÓN.

PARA EL CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS LOS SUJETOS ACUDIERON AL HOSPITAL CON MENOS DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN MÁS FRECUENTEMENTE (11/17). EL RESTO DE LA VARIETADES HISTOLÓGICAS CON RESPECTO AL TIEMPO DE EVOLUCIÓN SE DISTRIBUYERON UNIFORMEMENTE, SIN VARIACIONES SIGNIFICATIVAS.

EL DECESO OCURRIÓ ENTRE LOS 6 Y LOS 12 MESES DE EVOLUCIÓN EN 33 CASOS (35.1%), EN 24 (25.5%) DENTRO DE LOS PRÓXIMOS 3 A 6 MESES DE INICIADA LA SINTOMATOLOGÍA Y MÁS DE UN AÑO EN 22 (23.4%). Y SOLO EN 14 (14.8%) ENTRE 1 Y 3 MESES Y SOLO 1 CASO (1.06%) EN MENOS DE 1 MES. (TABLAS 11 Y 12).

**TABLA 11.**  
**TIEMPO DE EVOLUCION (MESES) ENTRE EL INICIO DEL PADECIMIENTO A SU INGRESO -**  
**HOSPITALARIO.**

MESES.	ADENO CARCINOMA (NO. CASOS)	EPIDERMÓIDE (NO. CASOS)	C.C.P.* (NO. CASOS)	TOTAL (%)
MENOR 1/12	4	-	-	4(4.2)
1/12 A 3/12	13	7	11	31(32.9)
3/12 A 6/12	13	10	3	26(27.6)
6/12 A 12/12	13	6	2	21(22.3)
MAYOR 1 AÑO	8	3	1	12(12.7)

\*C.C.P. = CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS.

**TABLA 12.**  
**SOBREVIDA ENTRE EL INICIO DEL PADECIMIENTO A SU FALLECIMIENTO (MESES).**

MESES.	ADENO CARCINOMA (NO. CASOS)	EPIDERMIDE (NO. CASOS)	C.C.P.* (NO. CASOS)	TOTAL(%)
MEÑOR 1/12	1	-	-	1(1.06)
1/12 A 3/12	6	2	6	14(14,8)
3/12 A 6/12	11	8	5	24(25,5)
6/12 A 12/12	21	8	4	33(35,1)
MAYOR 1 AÑO	12	8	2	22(23,4)

\*C.C.P. = CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS.

ESTA TESIS  
SALIR DE LA  
9  
NO DEBE  
BIBLIOTECA

## DISCUSION

EN NUESTRA SERIE EL ADENOCARCINOMA FUÉ LA VARIEDAD HISTOPATOLÓGICA PREDOMINANTE. ESTO PROBABLEMENTE REFLEJE UN INCREMENTO EN EL NÚMERO TOTAL DE LOS CASOS DE ESTA NEOPLASIA. ESTA TENDENCIA CRECIENTE DEL ADENOCARCINOMA ES APARENTE EN LOS ÚLTIMOS 14 AÑOS Y PARECE DEBERSE A LA CLASIFICACIÓN HISTOPATOLÓGICA MÁS UNIFORME Y SU RECONOCIMIENTO EN CASOS SECUNDARIOS A CICATRIZ. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10.

HUBO UNA DISMINUCIÓN CONSECUENTE EN EL NÚMERO TOTAL DE CASOS DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE, 5,6,8 EL CARCINOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS TUVO UN PORCENTAJE SEMEJANTE AL ENCONTRADO ENTRE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS POR OTROS AUTORES COMO CAUSA DE MUERTE. 3,4,5,6,7,11,12,13.

PARA TODAS LAS VARIEDADES HISTOLÓGICAS EL SEXO PREDOMINANTEMENTE AFECTADO FUÉ EL MASCULINO EN UNA PROPORCIÓN DE 3:1. 1,2,3,4,6,7 LOS SUJETOS SON ESENCIALMENTE MAYORES DE 40 AÑOS CON PREDOMINIO DE LA QUINTA Y SEXTA DÉCADAS DE LA VIDA. ES DIGNO DE MENCIONAR QUE ONCE FUERON MENORES DE 40 AÑOS LO QUE SE RELACIONÓ A TABAQUISMO INTENSO DESDE TEMPRANA EDAD. 11,13,14.

LOS CASOS CON ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN A POLVOS O INHALANTES ASÍ COMO EL SITIO RECIENTE DE PROCEDENCIA SE ESTABLECIÓ EN UNA PROPORCIÓN BAJA DE LOS CASOS POR LO QUE NO ES POSIBLE SACAR CONCLUSIONES.

ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO-RADIOLÓGICO AL INGRESO FUÉ DE CARCINOMA BRONCÓGENICO EN EL 50%. EL CARCINOMA ANAPLÁSICO FUÉ EL MÁS FRECUENTEMENTE DIAGNOSTICADO (76.4%) DEBIDO A QUE SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD DISMINUIDA AL TIEMPO DE LA PRIMERA CONSULTA MÉDICA. 4,5,7,14.

EN UNO DE CADA TRES PACIENTES AL INGRESO NO SE SUPUSO EL DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA BRONCÓGENICO; EN SU LUGAR SE PENSÓ MÁS FRECUENTEMENTE EN TUBERCULOSIS PULMONAR, MICOSIS Y SUPURACIÓN PULMONAR.

LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES AL TIEMPO DEL INTERROGATORIO FUERON: TOS, ANOREXIA, ASTENIA, ADINAMIA Y/O PÉRDIDA DE PESO, ASÍ COMO EXPECTORACIÓN. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE ENCONTRÓ COMO DATO PROMINENTE EL DERRAME PLEURAL. LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS PARA LOS DIVERSOS TIPOS -

DE CÁNCER SE EXPLICAN EN FUNCIÓN DE: 1) LOCALIZACIÓN DEL TUMOR PRIMARIO (CENTRAL O PERIFÉRICO), 2) DISEMINACIÓN REGIONAL O SISTÉMICA, Y 3) PREDILECCIÓN -- PARA LA PRODUCCIÓN DE HORMONAS ECTÓPICAS Y/O SUSTANCIAS TENSIOACTIVAS. 5,15 PARA LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS ENCONTRAMOS DIFERENCIAS ENTRE LAS DIVERSAS ESTIRPES. PARA EL ADENOCARCINOMA MÁS DEL 50% TUVO DISNEA, DOLOR PLEURAL Y ESPUTO HEMOPTOICO. EN MÁS DE LA MITAD SE ENCONTRÓ DERRAME PLEURAL AL TIEMPO DEL DIAGNÓSTICO. RARA VEZ SE ASOCIÓ A DISFAGIA Y DISFONÍA LO QUE INDICA SU BAJA FRECUENCIA HILIAR O MEDIASTINAL. 15,16 EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE TUVO COMO PRINCIPALES MANIFESTACIONES EL DOLOR PLEURAL, ESPUTO HEMOPTOICO Y DISNEA, MÁS DEL 60% SÍNDROME DE CONDENSACIÓN RELACIONADA A SU LOCALIZACIÓN CENTRAL. 15,16 FUE LA VARIEDAD HISTOLÓGICA QUE PRESENTÓ EN 3 CASOS SÍNDROME DEL SULCUS SUPERIOR. 15, 16 EL CARCINOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS SE PRESENTÓ FRECUENTEMENTE CON DOLOR PLEURAL, FIEBRE Y ESPUTO HEMOPTOICO, ASÍ COMO DISFAGIA Y/O DISFONÍA. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA PRESENTAN DERRAME PLEURAL Y CONDENSACIÓN. FUE LA ÚNICA VARIEDAD HISTOLÓGICA CON SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR, DATOS INDICATIVOS DE SU FRECUENTE EXTENSIÓN MEDIASTINAL. 15,16,17,18.

RADIOLÓGICAMENTE PREDOMINÓ LA IMAGEN DE OPACIDAD ÚNICA MAYOR DE 4CM DE DIÁMETRO, DE LOCALIZACIÓN HILIAR Y EN EL LÓBULO SUPERIOR SEGUIDA DE DERRAME PLEURAL. FINALMENTE EL DE OPACIDADES MÚLTIPLES. LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS VARIEDADES -- HISTOLÓGICAS SON LAS SIGUIENTES: PARA EL ADENOCARCINOMA ENTRE EL 30 Y 50% MOSTRARON DERRAME PLEURAL Y NÓDULOS MÚLTIPLES, Y AQUÍ SE INCLUYERON 4 CASOS DE -- CARCINOMA BRONQUIÓLOALVEOLAR. EN UN TERCIO DE LOS CASOS SE PRESENTÓ COMO OPACIDAD ÚNICA QUE SE ENCONTRÓ EN LOS HILIOS O EN LOS LÓBULOS SUPERIOR E INFERIOR. CONVENCIONALMENTE SE REFIERE COMO PERIFÉRICO. 5,14,15,19 EL EPIDERMÓIDE SE OBSERVÓ COMUNMENTE COMO OPACIDAD ÚNICA LOCALIZADA MÁS EN EL LÓBULO SUPERIOR Y -- REGIÓN HILIAR, ENSEGUIDA COMO ATELECTASIA Y OPACIDAD MÚLTIPLE; SE ASOCIÓ MÁS CON EL SÍNDROME DE SULCUS SUPERIOR Y FUE LA VARIEDAD QUE SE EXCAVÓ. 5,14,15, 19,20 EL CARCINOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS RADIOLÓGICAMENTE TUVO SEMEJANZAS CON EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE, ES DECIR, COMO OPACIDAD ÚNICA, SEGUIDA -- DEL DERRAME PLEURAL Y CON BAJA FRECUENCIA DE ATELECTASIA Y OPACIDAD MÚLTIPLE EN FUNCIÓN DE SU MAYOR AFECCIÓN MEDIASTINAL. 5,14,15,17,19



EN LO REFERENTE A LA CITOLOGÍA DE EXPECTORACIÓN TUVIMOS MÁS DE LA MITAD DE LOS CASOS NEGATIVOS A CARCINOMA. OTROS AUTORES CITAN ENTRE UN 60 A 70% DE CERTEZA -- DIAGNÓSTICA CON ESTE MÉTODO. 2,3,7,21,22 PUEDE DEBERSE A UNA MALA TOMA DE LA -- MUESTRA DE EXPECTORACIÓN, FALLAS TÉCNICAS EN LA PREPARACIÓN HISTOLÓGICA O DEL -- PERSONAL PARA LA INTERPRETACIÓN CERTERA DEL CARCINOMA.

EN LA TORACOCENTESIS OBTUVIMOS MÁS DEL 60% DE LOS CASOS UN LÍQUIDO DE ASPECTO -- HEMÁTICO 18,23 Y NEGATIVIDAD A CARCINOMA EN LA CITOLOGÍA EN MÁS DEL 55%. 23,24 DADO LOS POCOS CASOS A QUIENES SE LES REALIZÓ BIOPSIA PLEURAL, LOS DATOS NO FUERON SIGNIFICATIVOS.

POR BRONCOSCOPÍA EL TUMOR FUÉ VISIBLE MÁS FRECUENTEMENTE PARA EL EPIDERMÓIDE -- 22,23 SIN EMBARGO, LA BIOPSIA Y EL CEPILLADO BRONQUIAL FUERON BAJOS EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER, YA QUE EN OTRAS SERIES EN MÁS DEL 90% EL MATERIAL ES SUFI -- CIENTE. ESTO PUEDE EXPLICARSE EN FUNCIÓN DE LA MALA TÉCNICA EN LA TOMA DE LA -- MUESTRA, FALLA EN LA PREPARACIÓN HISTOLÓGICA O DEL PERSONAL QUE INTERPRETÓ LA -- PREPARACIÓN; NO OBSTANTE SE HAN REPORTADO OCASIONALMENTE FALLA POR AMBOS MÉTO -- DOS. 22,25,27,28

SE TUVO ALTA FRECUENCIA DIAGNÓSTICA EN LA BIOPSIA PREESCALÉNICA LO QUE INDICÓ -- PARA LA MAYORÍA DE LOS CASOS DISEMINACIÓN Y LA CONSECUENTE DISMINUCIÓN EN LA -- SOBREVIDA. LA BIOPSIA PERCUTÁNEA TIENE UNA EFECTIVIDAD DIAGNÓSTICA DE MÁS DEL -- 90% DE LOS CASOS SEGÚN REPORTAN OTROS AUTORES 22,24,30,31 EN NUESTRA SERIE NO -- EXISTEN DATOS COMPARATIVOS SUFICIENTES.

DIEZ PACIENTES SE LLEVARON A TORACOTOMÍA EXPLORADORA CON FINES DIAGNÓSTICOS, -- SIN POSIBILIDADES DE ALGUNA FORMA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. EL TIEMPO DE EVO -- LUCIÓN ENTRE EL INICIO DEL PADECIMIENTO AL INGRESO AL HOSPITAL FUÉ EN MÁS DEL -- 50% DE LOS CASOS ENTRE 1 Y 6 MESES. PARA EL CARCINOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS PE -- QUEÑAS EN LAS DOS TERCERAS PARTES FUÉ ENTRE 1 Y 3 MESES. FUÉ EXCEPCIONAL QUE TU -- VIERAN MÁS DE 6 MESES LO QUE INDICA LA RAPIDEZ DE DISEMINACIÓN DE ESTE TIPO ES -- PECÍFICO DE TUMOR. POR OTRO LADO, PARA EL ADENOCARCINOMA Y EL EPIDERMÓIDE HUBO -- EVOLUCIÓN SUPERIOR A LOS 6 MESES MÁS FRECUENTEMENTE.

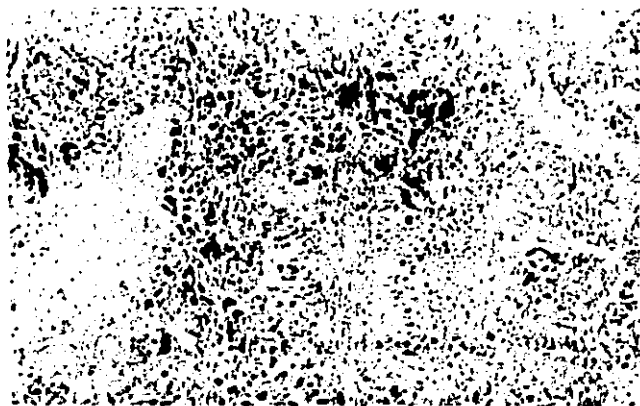
LA SOBREVIDA EN MÁS DE LA MITAD DE LOS CASOS FUÉ SUPERIOR A LOS 6 MESES. PARA EL CARCINOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS EL 70% DE LOS PACIENTES NO SOBREVIVIÓ MÁS DE 6 MESES. FUÉ EXCEPCIONAL LA SOBREVIDA DE MÁS DE 1 AÑO. PARA EL ADENOCARCINOMA Y EL EPIDERMOIDE SOBREVIVIERON MÁS DE 6 MESES EL 50% Y EN LA TERCERA PARTE LA SOBREVIDA FUÉ SUPERIOR A UN AÑO PERO SIN SOBREPASAR LOS 2 AÑOS. EN CONCLUSIÓN FUÉ EL CARCINOMA ANAPLÁSICO LA VARIEDAD HISTOLÓGICA CON MENOR SOBREVIDA PUESTO QUE A SU INGRESO SE ENCUENTRAN LOS PACIENTES EN ETAPA AVANZADA (ESTADIO III).

ADENOCARCINOMA



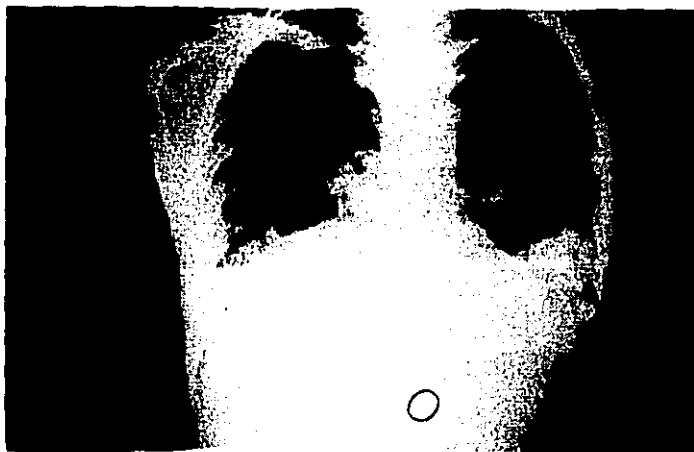
OPACIDADES MICRO Y MESONODULARES HETEROGENEAS,  
DISPERSAS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES DE PREDOMINIO BASAL.

## ADENOCARCINOMA



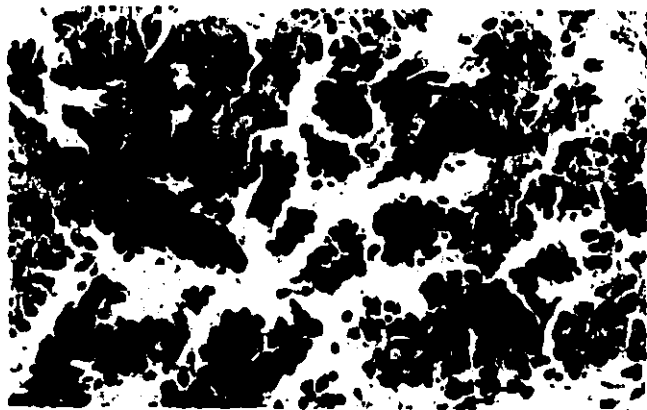
OBSERVAMOS UNA NEOPLASIA EPITELIAL MALIGNA, DISPUESTA EN NIDOS QUE MUESTRAN LUZ CENTRAL Y QUE CORRESPONDEN A GLÁNDULAS. LA CÉLULA QUE - LO FORMA ES GRANDE CON NUCLÉOLO EOSINÓFILO - PROMINENTE.

CARCINOMA BRONQUITO ALVEOLAR



OPACIDADES HETEROGENEAS MESO Y MACRONODULARES  
DISPERSAS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES DE PREDOMINIO BASAL.

## CARCINOMA BRONQUIOLO ALVEOLAR



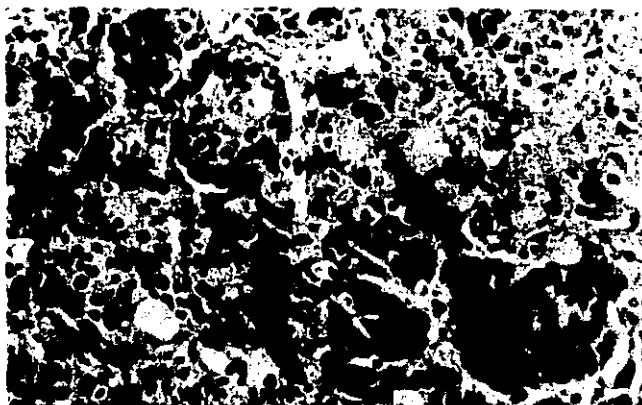
SE OBSERVA UNA NEOPLASIA QUE RODEA LOS TABIQUES ALVEOLARES, QUE SE DISPONEN EN "PENACHOS" CON UN TALLO QUE SOSTIENE CÉLULAS GRANDES DE CITOPLASMA ABUNDANTE Y NÚCLEO PLEOMÓRFO, PICNÓTICO, SIN ACTIVIDAD MITÓTICA.

CARCINOMA E PIDERMOIDE



OPACIDAD HETEROGENEA REDONDEADA DE BORDES GRUESOS DE 6CM DE DIÁMETRO EN LÓBULO SUPERIOR IZQUIERDO, EXCAVADO.

## CARCINOMA EPIDERMÓIDE



SE OBSERVA UNA NEOPLASIA EPITELIAL MALIGNA DISPUESTA EN NIDOS SÓLIDOS, FORMADOS POR CÉLULAS - GRANDES DE CITOPLASMA ABUNDANTE CON NÚCLEO REDONDO CENTRAL. EN EL ÁNGULO SUPERIOR DERECHO SE ENCUENTRA DEPÓSITO DE QUERATINA.

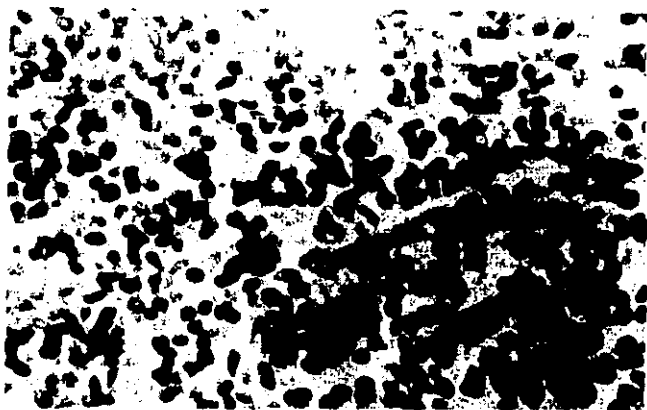


CARCINOMA ANAPLASICO DE CELULAS PEQUEÑAS



OPACIDADES HOMOGENEAS (3) REDONDEADAS DE MÁS  
DE 4CM DE DIÁMETRO CADA UNA, PARAHILIARES DERE-  
CHAS.

CARCINOMA ANAPLASICO DE CELULAS PEQUEÑAS



SE OBSERVA UNA NEOPLASIA SIN DISPOSICIÓN CARACTERÍSTICA, CON POCA COHESIÓN, FORMADA POR CÉLULAS PEQUEÑAS, POLIGONALES, CON CROMATICA GRUESA DISPUESTA A LA PERIFERIA.

## BIBLIOGRAFIA GENERAL

- 1) FRANK H. NETTER: CARCINOMA BRONCOGÉNICO. SISTEMA RESPIRATORIO TOMO VII COLECCIÓN CIBA-GEIGY. EDIT. SALVAT, 1979, PÁGS. 158-69.
- 2) LAWRENCE G. MILLER: NEPLASIAS PULMONARES. MANUAL CLÍNICO DE NEUMOLOGÍA. EDIT. MACGRAW HILL Co. 1983, PÁGS. 277-305.
- 3) RICHARD A. BORDON: LUNG CANCER: CLASIFICACION, PATHOLOGY AND EPIDEMIOLOGY, - MANUAL OF CLINICAL PROBLEMS IN PULMONARY MEDICINE. EDIT. LITTLE BROWN AND Co. 1980 PÁGS. 443-8.
- 4) ROBERT W. ANDERSON Y CARLS E. ARENTZEN. CARCINOMA DEL PULMÓN. CLÍNICAS QUIRÚRGICAS DE NORTEAMÉRICA. VOL. 4 PÁGS. 791-813, 1980.
- 5) F. ABAD CABACO, J. MARCO SUCH Y V. MARCO MARTÍNEZ: CARCINOMA BRONCOGÉNICO. - TRATADO DE MEDICINA PRÁCTICA: MEDICINE. No. 15, PÁGS. 980-99, 1982.
- 6) RAYMOND YESNER AND DARRYL CARTER: PATHOLOGY OF CARCINOMA OF DE LUNG CHANGING PATTERNS. CLINICS IN CHEST MEDICINE VOL. 3 No. 2 PÁGS. 257-289, 1982.
- 7) JOHN D. MINNA: NEOPLASMS OF THE LUNG. PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE. HARRISON'S EDIT. MCGRAW HILL Co. TENTH EDITION. 1983 PÁGS. 1572-80.
- 8) COX J.D. AND YESNER R. ADENOCARCINOMA OF THE LUNG: RECENT RESULTS FROM THE VETERANS ADMINISTRATION LUNG GROUP. AM REV. RESP. DIS. 120: 1025-29, 1979.
- 9) VICENT, R.G. PICKREN, J.W. LARRE W.W. THE CHANGING HISTOPATHOLOGY OF LUNG CÁNCER. CÁNCER 39: 1647-55, 1977.
- 10) AMERBACH, O. GARFINKEL, L. AND PARKS, V.R. SCAR CÁNCER OF THE LUNG: INCREASE OVER 21 YEAR PERIOD. CÁNCER 43: 636-42, 1979.
- 11) ARTHUR L. FRANK. THE EPIDEMIOLOGY AND ETIOLOGY OF LUNG CÁNCER. CLINICS IN CHEST MEDICINE. 3: 219-28, 1982.
- 12) AMERBACH, O. GARFINKEL, L. AND PARKS, V.R. HISTOLOGIC TYPE OF LUNG CÁNCER - IN RELATION TO SMOKING HABITS: YEAR OF DIAGNOSIS AND SITES OF METASTASIS. - CHEST 61-382, 1975.
- 13) YESNER, R. AND GELFMAN, N.A. AND FEINSTEIN, A.R. A RESPRaisal OF HISTOPATHOLOGY IN LUNG CANCER AND CORRELATION OF CELL TYPES WITH ANTECEDENT CIGARRETTE SMOKING. AM REV. RESP. DIS. 107: 790-97, 1973.

- 14) WILLIAM WEISS, KATHERINE R. BOUCOT AND HERBERT SEIDMAN. THE PHILADELPHIA - PULMONARY NEOPLASM RESEARCH PROJECT. CLINICS IN CHEST MEDICINE 3:243-56.1982.
- 15) MARTIN H. COHEN. NATURAL HISTORY OF LUNG CANCER. CLINGS IN CHEST MEDICINE. - 3:229-41.1982.
- 16) FEINSTEIN, A.R., GELFMAN, N.A. AND YESNER, R. THE DIVERSE EFFECTS OF HISTO-PATHOLOGY ON MANIFESTATIONS AND OUTCOME OF LUNG CANCER. CHEST 66:225-29.1974.
- 17) COHEN, M.H. AND MATTHEWS, M.J. SMALL CELL BRONCHOGENIC CARCINOMA A DISTINCT CLINICOPATHOLOGIC ENTITY. SEM ONCOL 5:234-43.1978.
- 18) LEFF, A. HOPEWELL, P.C. AND COSTELLO, J. PLEURAL EFFUSION FROM MALIGNANCY. - ANN. INT. MED. 88:532-37.1978.
- 19) THEROS, E.G. VARYING MANIFESTATIONS OF PERIPHERAL PULMONARY NEOPLASMS: A RADIOLOGIC-PATHOLOGIC CORRELATIVE STUDY. A.J.R. 128:893-914.1977.
- 20) WOODING, J.H., FRIED, A.M. AND CAUNG, V.P. SOLITARY CAVITIES OF THE LUNG. - - DIAGNOSTIC IMPLICATIONS OF CAVITY WALL THICKNESS. A.J.R. 135:1269-71.1980.
- 21) LCEE, M.D. AND SINCLAIR, D.J.M. ASSESSMENT OF FACTORS INFLUENCING THE RESULT OF SPUTUM CYTOLOGY IN BRONCHIAL CARCINOMA. THORAX. 36:143-46.1981.
- 22) JACOB, LOKE, RICHARD A. MATTHAY AND SHIGET IKEDA. TECHNIQUES FOR DIAGNOSING LUNG CANCER. CLINICS IN CHEST MEDICINE 3:321-29.1982.
- 23) STEVEN A. SHAN. PLEURAL EFFUSION IN LUNG CANCER. CLINICS IN CHEST MEDICINE. 3:443-52.1982.
- 24) DECKER, D.A., DINES, D.E., PAYNE, W.S. THE SIGNIFICANCE OF CYTOLOGICALLY -- NEGATIVE PLEURAL EFFUSION IN BRONCHOGENIC CARCINOMA. CHEST 74:640-42.1978.
- 25) MARTINI, N. AND MACORMICK, P.M. ASSESSMENT OF ENDOSCOPICALLY VISIBLE BRONCHIAL CARCINOMAS. CHEST. 73:718-20.1978.
- 26) SOLEMAN, D.A., SOLLIDAY, N.H. AND GRACEY, D.R. CYTOLOGY IN FIBEROPTIC BRONCHOSCOPY: COMPARISON OF BRONCHIAL BRUSHING, WASHING AND POST-BRONCHOSCOPY -- SPUTUM. CHEST. 65:616-19.1974.
- 27) ZAVALA, D.C. DIAGNOSTIC FIBEROPTIC BRONCHOSCOPY: TECHNIQUES AND RESULTS OF - BIOPSY IN 600 PATIENTS. CHEST 68:12-9.1975.

- 28) KVALE P.A. BODE, F.R. AND KINI, S. DIAGNOSTIC ACCURACY IN LUNG CANCER: -- COMPARASION OF TECHNIQUES USED IN ASSOCIATION WITH FLEXIBLE FIBEROPTIC BRONCHOSCOPY. CHEST, 69:752-57,1980.
- 29) POE, R.H. AND TOBIN, R.F. SENSITIVITY AND SPECIFICITY OF NEEDLE BIOPSY IN LUNG MANTIGNANCY. AM REV. RESP. DIS. 122:725-29,1980.
- 30) WESTCOTT, J.L. DIRECT PERCUTANEOUS NEEDLE ASPIRATION OF LOCALIZED PULMONARY LESSION: RESULTS IN 422 PATIENTS. RADIOLOGY 137:31-5,1980.
- 31) SAGEL, S.S., FERGUSON, T.B., FORREST, J.V. PERCUTANEOUS TRANSTHORACIC ASPIRATION NEEDLE BIOPSY. ANN THORAC. SURG. 26:399-405,1978.
- 32) THE WORLD HEALTH ORGANIZATION HISTOLOGICAL TYPING OF LUNG TUMORS AM.J.CLIN. - PATHOL. PÁGS. 123-36,1982.
- 33) JORGE ALBORES-SAAVEDRA Y MANUEL ALTAMIRANO DIMAS. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE 9412 AUTOPSIAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. GÁCETA MÉDICA DE MÉXICO. 102:4-14,1971.
- 34) KURT AMBROSIUS-DIENER. ENFERMEDADES Y ALTERACIONES MÁS FRECUENTES CONSIDERADAS COMO FACTORES IMPORTANTES DE LA CAUSA DE MUERTE. REVISIÓN DE 4412 NECROPSIAS. GÁCETA MÉDICA DE MÉXICO. 102:18,1971.
- 35) FERNANDO FLORES BARROETA Y FERNANDO VELASCO AVILES. HALLAZGOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL. GÁCETA MÉDICA DE MÉXICO. 102:19-26,1971.
- 36) MA. TERESA GORRAEZ DE LA MORA. NEOPLASIAS MALIGNAS: FRECUENCIA EN EL MATERIAL DE NECROPSIAS. REV. MED. ISSSTE 7:153-69,1972.
- 37) TISCHLER, A.S. SMALL CELL CARCINOMA OF THE LUNG: CELLULAR ORIGIN AND RELATIONSHIP TO OTHER NEOPLASMS. SEM ONCOL. 5:244-52,1978.
- 38) DUNN, D., HERTEL, B., NORWOOD, W, ET AL. BRONCHIOALVEOLAR CELL CARCINOMA -- OF THE LUNG: A CLINICOPATHOLOGICAL STUDY. ANN THORAC. SURG. 26:241-49,1978.
- 39) HUHTI, E., SUTINEN, S. SALOHEIMO, M. SURVIVAL AMONG PATIENTS WITH LUNG CANCER AN EPIDEMIOLOGIC STUDY. AM REV. RESPIR. DIS. 124:13-16,1981.