

# Nódulo solitario de pulmón

Dres. Yvonne Ferrari, Gonzalo Estapé, Edgardo Torterolo,  
Isabel Lizaso y Wolfgang Goller

Se realizan consideraciones sobre las diferentes etiologías de los nódulos solitarios de pulmón, señalando en particular la dificultad diagnóstica. Se insiste en la importancia de la asociación de la clínica, radiología, endoscopia, toracotomía exploradora y biopsia extemporánea para lograr dicho fin. Se exponen tres historias tipo que documentan lo señalado.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:*  
Coin Lesion Pulmonary.

Este trabajo se ha realizado con la finalidad de resaltar tres aspectos fundamentales:

- 1) Destacar el problema diagnóstico que significa y ha significado esta entidad.
- 2) Especificar los métodos de estudio a tener en cuenta, destacando que siempre es la Anatomía Patológica, la que en última instancia hace diagnóstico.
- 3) Analizar tres historias clínicas significativas.

En cuanto al primer punto diremos que es importante realizar un diagnóstico más o menos urgente, por el porcentaje significativo de lesiones malignas que se ha encontrado, así como de tuberculosis activa.

No existe opinión unánime en la definición de Nódulo solitario de pulmón; tomaremos la clasificación de Pischnotte y Sammons que nos parece ser la más completa.

Se trataría entonces de una imagen redondeada u ovalada de 1 cm. a 4 ½ cm., homogénea o calcificada, de borde regular y rodeada de parénquima aireado.

Se toma como límite mayor 4 ½ cm., porque las de mayor diámetro pierden nitidez por lo cual no pueden considerarse en este grupo de lesiones.

En la tabla 1, mencionaremos algunos elementos de orden general que importan en el diagnóstico, como:

- a) La edad (si se trata de pacientes mayores de 40 años tienen mayor probabilidad de que se trate de neoplasma).

---

Presentado como Tema Libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Médico Colaborador, Profesores Adjuntos de Clínica Quirúrgica, Asistente de Clínica Quirúrgica y Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Av. Centenario 3215, Montevideo (Dra. Y. Ferrari).

---

*Clínica Quirúrgica "A" (Prof. Agdo. W. Goller). Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela". Fac. de Medicina. Montevideo.*

- b) La presencia de calcificaciones, estaría a favor de lesión benigna, aunque esto no es absoluto.

- c) El diámetro (cuanto mayor es el mismo, tiene más chance de que se trate de lesión maligna o Q.H.).

En la tabla 2, analizamos los métodos diagnósticos.

1. La Radiología, que es el primer paso indiscutido por el que pasa un paciente asintomático, usualmente en un examen de rutina, se descubre la lesión en moneda.

La Topografía es uno de los elementos orientadores de diagnóstico, en general el neoplasma y el tuberculoma, predominan en el lóbulo superior, mientras que el Q.H. lo hace en el inferior.

Las Calcificaciones, cuando se observan, pueden indicar benignidad.

Significa entonces que la Radiología es el estudio más precoz y el que nos va a permitir el seguimiento del paciente.

2. La Tomografía sirve para localizar en forma más precisa el proceso, a veces se puede visualizar pequeños depósitos de calcio, que no son posibles con la Radiología común.

Actualmente la Tomografía Computarizada permite hacer diagnóstico por densidad, diferenciando los nódulos sólidos de los quísticos y visualizando pequeñas lesiones no detectables por la radiología convencional.

3. La Angiografía, es el estudio más importante si se trata de fistulas arteriovenosas, demostrando el carácter vascular de la lesión. Cuando se sospecha neoplasma sirve para visualizar las anomalías vasculares, tales como invasión, desviación y terminación abrupta de los vasos.

4. La I.E.F. es un estudio específico para Q.H. cuando aparecen bandas de precipitación en el arco 5.

Llegamos al paso más importante en cuanto a métodos de diagnóstico, que es la Toracotomía Exploradora.

En nuestro medio los Dres. Delgado y Brandolino (2), ha realizado un trabajo destacando