

Diagnóstico de los procesos pleuro-pulmonares y mediastinales por toracoscopia

Diagnosis of pleuro-pulmonary and mediastinal process for thoracoscopy

Dr. Manuel C. Fontes Mestre; Dra. Ivis Hung Piña

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Amalia Simoni. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Analizamos los resultados obtenidos en 75 pacientes que se les realizó toracoscopia o pleuroscopia bajo visualización directa con la toma de la biopsia y otros procedimientos terapéuticos, en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni de Camagüey desde junio 1997- julio 2000, todos los casos tenían el diagnóstico sugestivo por imagenología de proceso expansivo intratorácico con o sin derrames tabicados, además de otros como las neoplasias del esófago. Todos estos casos se evaluaron previamente por el grupo multidisciplinario creado al efecto en esta institución, que funciona bajo un protocolo investigativo, al lograr en el 100 % de los pacientes la tipificación, estadiación del proceso, además de la terapéutica adecuada.

DeCS: ENFERMEDADES PLEURALES/diagnóstico; NEUMOPATÍAS/diagnóstico; ENFERMEDADES DEL MEDIASTINO/diagnóstico; TORACOSCOPIA.

ABSTRACT

We analyzed the results obtained from 78 patients who were performed thoracoscopy or pleuroscopy under direct visualization, taking biopsy and other therapeutic procedures in Amalia Simoni Clinical Hospital of Camagüey from June 1997 to July 2000, all cases had the diagnosis suggested by imaging of intrathoracic expansive process, with or without septate overflows, together with others such as esophagus neoplasias. All these cases were previously evaluated by the multidisciplinary group created for this purpose in this institution which functions guided by a research protocol, achieving in 100 % of patients typification, process staging and adequate therapeutics.

DeCS: THORACOSCOPY; MEDIASTINAL DISEASES/diagnosis; LUNG DISEASES/diagnosis; PLEURAL DISEASES/diagnosis.

INTRODUCCIÓN

En 1903 Jacobaeus en Estocolmo realiza la primera toracoscopia bajo visión directa con neumotórax, posteriormente esta técnica ha transitado por varios caminos hasta la época actual con la Video Toracoscopia Asistida (VATS).

Claro está, no todas las instituciones de salud del país ni del mundo pueden disponer de este equipamiento, los cuales tienen altísimos costos, además no todos los enfermos pueden recibir estos beneficios, a pesar de los grandísimos esfuerzos que realiza nuestro estado para lograr dichas metas.

Es bien conocido que el factor pronóstico más desfavorable del cáncer del pulmón es su diseminación del tumor primario más allá del mismo. ¹

El primer asiento de las células tumorales suelen ser los ganglios del hilio, mediastino y áreas supraclaviculares, si se logra la biopsia de estos ganglios se obtiene el diagnóstico histológico y la estadificación del proceso. ²⁻⁵

Anteriormente en nuestra provincia los internistas y los neumólogos no tenían muchas posibilidades cuando las citologías y la TAC eran negativas, solo quedaba la minitoracotomía y la toracotomía con biopsia, los cuales están en desuso actualmente por los altos costos y riesgos para el enfermo. ⁶

Con la incorporación de este proceder antiguo (toracoscopia bajo visión directa) se ha logrado rescatar otra posibilidad para obtener un diagnóstico certero en los casos con

costos muy bajos al alcance de cualquier institución mundial con escasos recursos, al ofrecerle así otra modalidad diagnóstica al enfermo.

Este proceder también sirve para romper los tabiques de las pleuresías, realizar pleurodesis, estadiar cáncer de esófago, etc.

Autores del centro médico de la Universidad de Maryland la utilizan de forma rutinaria para estadiar el cáncer de esófago preoperatoriamente. ⁷

Esta técnica De Camp la reintroduce nuevamente en el año 1973 en la clínica Ochsner, ha tomado una nueva popularidad, sobre todo en los enfermos con derrames pleurales con la citología negativa, lo que además del diagnóstico facilita la pleurodesis y la introducción de sustancias intracavitarias.

MÉTODO

Realizamos una investigación prospectiva, multicéntrica y descriptiva de la totalidad de los casos afectos de masas pleuromediastino pulmonares, con o sin derrame tabicado, neoplasias esofágicas, brindándole la atención y evaluación por un grupo multidisciplinario que radica en el Hospital Provincial Docente "Amalia Simoni" desde junio 1997-julio 2000. Por otra parte se realizó estadificación y tipificación, además del diagnóstico de los diferentes procesos por medio de la toracoscopia bajo visión directa.

Para esta investigación se empleó un laparoscopio infantil con adaptaciones realizadas por nosotros, tanto al mismo como a la fuente de marca Storz 8 700 de fabricación Alemana a 0 grado. Así se logró el diagnóstico de la totalidad de los casos (78), aplicándole la terapéutica adecuada a cada enfermo.

Para la correcta obtención de los datos se utilizó un modelo de encuesta, que en aras de evitar alargamiento innecesario obran en manos del autor, los mismos fueron procesados mediante el paquete de programas Microstat, sometido a análisis estadísticos multivariados, los que se llevaron a tablas de distribución de frecuencias, utilizando el programa Excel para los mismos.

Además se cuenta con todo el equipamiento necesario y el instrumental para este fin separado y clasificado por nosotros.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa la localización de la lesión mediastinal por la imagenología, donde el mediastino antero-superior fue el más afectado en el 50 % de los casos, lo cual coincidió plenamente con la literatura revisada. ^{1, 8-10)}

Tabla 1. Distribución de frecuencia de localización de la lesión mediastinal por imagenología

Localización	No. de Casos	%
Mediastino ant-super	39	50
Mediastino medio	19	24,36
Mediastino inferior	12	15,38
Mediastino posterior	8	10,26
Total	78	100

Fuente: Encuesta

Se analizó la concordancia de los procedimientos imagenológicos con la toracoscopia en la tabla 2, donde en el 67, 95 % de los casos existió concordancia plena, pero en 32, 05 % de los mismos no existió la concordancia con los procedimientos imagenológicos.

Tabla 2. Concordancia de la imagenología con la toracoscopia

Concordancia Rx y Tac	No. de casos	%
Concordancia	53	67,95
No. Concordancia	25	32,05
Total	78	100

Fuente: Encuesta

Al establecer concordancia de nuestro proceder con la broncoscopia se constató que en 48 pacientes para el 61, 54 % existió concordancia, pero en el 38, 46 no concuerda (tabla 3).^{2, 3, 11, 12}

Tabla 3. Concordancia de la broncoscopia con la toracoscopia

Concordancia	No. de casos	%
Concuerdan	48	61,54
No. Concuerdan	30	438,46
Total	78	100

Fuente: Encuesta

Se muestra la correlación entre la CAAF, Citología Exfoliatriz, el Lavado Bronquial con la toracoscopia donde ésta logró estadiar y tipificar en el 100 % de los casos, seguidos por la CAAF 53, 85 % tabla 4.^{8, 9 ,13)}

Tabla 4. Correlación CAAF, citología, lavado bronquial, con toracoscopia

Método diagnóstico	Positivos		Negativos	
	No. de casos	%	No. de casos	%
C.A.A.F	42	53,85	36	46,15
Citología exfoliatriz	39	50	39	50
Lavado bronquial	26	33,33	52	66,67
Toracoscopia	78	100	-	-

Fuente: Encuestas

Al analizar la tabla 5 donde se desglosan las afecciones diagnosticadas por la toracoscopia bajo visualización directa, se observa que las enfermedades pleurales ocuparon la cúspide con 38, 465, seguidas de las enfermedades pulmonares malignas 20,5.

Tabla 5. Procesos patológicos que se diagnosticaron por toracoscopia

Enfermedades	No. de Casos	%
Hidrotórax por neoplasma	230	38,46
Neoplasias del pulmón	16	20,31
Síndrome mediastinal	12	15,38
TB	10	12,80
Neoplasias del pulmón	8	10,26
Pericarditis crónicas	2	1,56
Total	78	100

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

Cuando se analizan los resultados obtenidos en cuanto a la localización de la lesión mediastinal donde el mediastino antero superior es el más afectado en el 50 % de los casos, esto coincide plenamente con la literatura revisada, por eso muchos de los autores toman la clasificación de Burkell, como una forma más fiel de lograr la localización anatómica del proceso, ya que el gran por ciento de las tumoraciones del mediastino superior, también afectan el mediastino anterior.^{1, 3}

La no concordancia de la imagenología con nuestro procedimiento se vio afectada en un por ciento elevado (32, 05 %), si se compara con otras series, claro está que los centros de referencias internacionales poseen Tomografía Axial Computarizada, que sí logra la estadiación del proceso, no sucede del mismo modo en nuestra provincia.^{6, 7, 11-13}

La no concordancia plena de la broncoscopia con nuestro proceder en 38, 46 % de los casos es debido a la utilización del broncoscopio rígido en nuestra casuística, si tenemos en cuenta que los autores analizados utilizan el Broncoflex, el que permite una visualización más precisa de los diferentes segmentos pulmonares, por lo que el proceder empleado por nosotros cobra alto valor en nuestro medio, ya que por las dificultades que nos ha impuesto el bloqueo, no todos los centros del país pueden disponer del broncoscopio flexible de visión frontal o lateral.^{10, 11}

Al analizar la correlación de los diferentes medios diagnósticos empleados en nuestro medio para lograr la correcta estadiación y tipificación del proceso, se observa que nuestro proceder es un método alternativo de mucha utilidad en el diagnóstico, y que pueden ser empleados por diferentes centros del país, claro disponer de la VATS sería más factible para lograr acercarnos a las grandes series mundiales de casos estadiados por este costoso proceder, no obstante al ser el nuestro mucho más antiguo y menos costoso, obtiene excelentes resultados con un bajo índice de complicaciones.¹³

La tipificación y el estadiamiento de los procesos pleurales, pulmonares y mediastinales que anteriormente era casi imposible después de agotar los medios diagnósticos que teníamos a nuestro alcance, se logró con este proceder una de las formas alternativas más en el arsenal del médico para obtener la tipificación y la estadiación de los procesos patológicos que afectan esta zona de la economía humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thermann M. Efficacy and Benefit of Mediastinal C.T. as Selection Method for Mediastinoscopy. *Ann Thorac.Surg.* 1994;48:568.
2. Callejas MA. Mediastinoscopy as an Emergency Diagnostic Procedure in Superior Cava Veins Syndrome. *Scand Torca Cardiovasc Surg.* 1991;23:137.
3. Merav AD. The Role of Mediastinoscopy and Anterior Mediastinostomy in Determining Operability of Lung Cancer. *Cancer Invest.* 1991;9:439.
4. Albertucci M. Use and Prognostic Value of Staying Mediastinoscopy in N.S.C.C. *Surg.* 1997;102:652.
5. Sugimura H, Wakay K. Complications and Treatment the Mediastinoscopy. *Amer Assoc. Cancer Research.Birmigham.* 1998;7(3):34-9.
6. Gimsberg RJ. Invasive and Non Invasive Techniques of Staying in Potentially Operable Lung Cancer. *Semen Surg Oncolog.* 1995;6:338.
7. De Camp.PT. Diagnostic Thoracoscopic. *Ann Thorac Surg.* 1973;16:79.
8. Riordain DS, Buckley DJ. Mediastinoscopy as a Predictor of Resecability in-patients with Bronchogenic Carcinoma Jr. *Med.* 1991;160:291.
9. Ginsberg RJ. Valoración del Mediastino por Técnicas Invasivas. *Clín Quir Nort.Am.* 1996;67:1059.
10. International Symposium on Thoracoscopic Surgery. *Ann Thorax Surg.* 1993;56:605-700.
11. Chest Drains: Placement and Management. *Surgery.* 1994;12:11-247.

12. Recent Advances- Ergonomic of Minimal Access. Sugerí. 1998;16:11-615.

13. V.A.T.S. is the method of choice in the initial surgery. Thorax Cardiovasc. Surgery. 1999;17:433.

Recibido: 12 de enero de 2001

Aprobado: 11 de octubre de 2001

Dr. Manuel C. Fontes Mestre. Especialista de I Grado. Instructor en Cirugía General. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Amalia Simoni. Camagüey, Cuba.