NUESTRA EXPERIENCIA EN EL USO DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA COMO DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS PULMONARES

J.M. Diez Piña, C. Castillo Aguilar, G. Sáez Roca, M. Ortega Antelo, L. Galán Antoñanzas, E. Granados Valverde, M. Guillamón Sánchez, A. Romero Ortiz, J.M. González De Vega.
Servicio de Neumología. HU Virgen las Nieves. Granada.

OBJETIVOS

Estudio descriptivo de los pacientes a los que se sometió a una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) como método diagnóstico de lesiones pulmonares sospechosas de malignidad en los últimos cinco años. Igualmente calculamos la sensibilidad y especificidad de dicha prueba en nuestro Centro.

PACIENTES Y MÉTODOS

Revisamos 58 historias de los pacientes sometidos a PAAF con guía de TAC en dicho período de tiempo, analizando la edad y sexo de los mismos, la historia de tabaquismo y la clínica de debut. También se estudia el tamaño de las lesiones, el resultado citológico y las posibles complicaciones.

RESULTADOS

De las 58 punciones realizadas, 52 correspondían a varones y 6 a mujeres, con una medida de edad de 66,9 años. El número de paquetes-año consumidos como media fue de 55,5. El dolor torácico era la clínica de presentación más frecuente (29,3%). La mayoría de las lesiones (67,2%) correspondían a masas mayores de 3 centímetros. El diagnóstico citológico más frecuentemente obtenido fue el de carcinoma epidermoide (51,7%). Sólo en 3 pacientes se causó un neumotórax como complicación de la prueba. La sensibilidad obtenida fue del 94% con una especificidad del 20%.

CONCLUSIONES

La PAAF es una técnica diagnóstica con una alta sensibilidad para el diagnóstico de enfermedad maligna pulmonar, aunque no alcanza una alta especificidad en nuestro Hospital.

Se puede considerar como una prueba invasiva con un muy bajo índice de complicaciones derivadas de la técnica.

La mayoría de los pacientes sometidos a esta prueba eran varones, con una importante historia de tabaquismo. El carcinoma epidermoide fue el diagnóstico más frecuente, presentándose más comúnmente como masas y con clínica de dolor torácico.

SEGUIMIENTO DE LAS PLEUOROSCOPIAS NO DIAGNÓSTICAS

J.D. García Jiménez, M. Gómez Entrena, R. Ayerbe García, A. Pereira Vega, M.C. Huertas Cifredo, J.A. Maldonado Pérez, J. Grávalos Guzmán.
Sección de Respiratorio. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

INTRODUCCIÓN

La pleuroscopia es una técnica diagnóstica ampliamente utilizada en el diagnóstico de los derrames pleurales (DP). Frecuentemente, debido a su alta rentabilidad, se utiliza como técnica «final» en la sistemática diagnóstica del DP. Sin embargo, alrededor del 20% de los DP quedan sin diagnóstico a pesar de la realización de dicha técnica.

OBJETIVO

Estudiar qué ocurre con los pacientes en los que no obtuvimos diagnóstico de su DP a pesar de realizar pleuroscopia.

MATERIAL Y MÉTODO

Seguimiento de 22 sujetos en los que tras las técnicas habituales de diagnóstico de un DP, incluida la pleuroscopia, no se obtuvo el diagnóstico (30%). Se trata de 9 mujeres y 13 hombres con una edad media de 67 años. Las pleuroscopias se realizaron desde Mayo de 1994 a Junio de 1998, con lo que el seguimiento se cifra entre 6 y 42 meses.

RESULTADOS

De los 22 casos, 5 no han podido ser localizados. De los 17 restantes en 14 se llegó a un diagnóstico a lo largo del seguimiento: 9 neoplasias pulmonares, 4 de origen metastásico (mama, colon, gástrico y linforna) y 1 mesotelioma. Los 3 casos sin diagnóstico se trataban de una paciente diagnosticada de enfermedad de GravesBasedow, un paciente diagnosticado de anemia refractaria con transformación blástica y un paciente que ha permanecido asintomático durante todo el seguimiento y sin recidiva del derrame. Entre los 17 pacientes en los que la visión endoscópica de la pleuroscopia fue inespecífica, se obtuvo posteriormente el diagnóstico tumoral en 10 casos (59%). Entre los 5 casos cuyo «diagnóstico de visu» en la pleuroscopia era tumoral, se confirmó posteriormente este origen en 4 (80%).

CONCLUSIONES

1) Conviene realizar el seguimiento de los sujetos en los que la pleuroscopia no es diagnóstica, tanto en los sujetos cuya visión pleuroscópica es sugestiva de malignidad como en las que la visión es inespecífica. 2) El origen tumoral es, con diferencia, la causa más frecuente del DP, en el seguimiento de los DP sin diagnóstico tras pleuroscopia.

CIRUGÍA TORACOSCÓPICA EN PATOLOGÍA PERICÁRDICA

J. Cuaresma, J. Ayarra, J.C. Gómez Rosado, D. Díaz Gómez, P. Parra, C. Lanero (DUE)
Sección de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

En los últimos 5 años hemos realizado 16 ventanas pericárdicas en pacientes con derrames pericárdicos constrictivos en mayor o menor grado, diagnosticados todos ellos por ecocardiografía. Han sido 6 varones y 10 mujeres. El 75% [12] de los casos se debía a patología benigna, y el resto rnaligna.

Las causas de derrame benigno han sido 4 idiopáticos, 3 por tuberculosis (TBC), 2 infecciosos no TBC, 1 miloidosis, 1 uréimico y 1 por enfermedad hepática avanzada. Los neoplásicos tenían su origen en el pulmón [2], sarcoma [1] y mama [1].

En ningún caso el tamaño de la pericardiectomía fue menor a 3 cm.

Creemos que es preferible esta vía a la subxifoidea (realizada a 8 pacientes) porque el campo es de mejor calidad y los resultados rnás satisfactorios (más del 20% de las subxifoideas no obtienen beneficios).

Una vez realizada la técnica, se retira el tubo a las 23 días.

Un joven de 30 años falleció en el postoperatorio como consecuencia de una avanzadísima enfermedad neoplásica. En otro paciente (6,3%) la técnica no resultó eficaz y se le realizó otra, por vía subxifoidea. El resto de los casos han obtenido un beneficio inmediato, reservándose la vía subxifoidea para pacientes con enfermedad neoplásica muy evolucionada.

BIOPSIAS PULMONARES POR VIDEOTOASCOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA PULMONAR INTERSTICIAL. NUESTRA EXPERIENCIA

J. Ayarra, J.C. Gómez Rosado, J. Cuaresma, R. Martín, L. Gómez Bujedo, C. Iglesias (DUE), J.M. Sánchez Blanco.
Sección de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

El desarrollo constante de la cirugía videotoracoscopica (CVT) ha incrementado las indicaciones de biopsia pulmonarpara diagnóstico de enfermedades intersticiales. Por otra parte, la realización de minitoracotomías con este fin está claramente en desuso.

A través de 3 vías de entrada, se realiza facilmente la toma de muestras con el uso de EndoGIA, tomando biopsias de los 3 lóbulos en el lado derecho y los 2 en el izquierdo. Se coloca un tubo de drenaje inferior que llega al apex. Aunque diversos autores han publicados ciertos éxitus en el postoperatorio inmediato, debido al mal estado general de algunos pacientes, nosotros no los hemos presentado.

Presentamos nuestra experiencia en 29 enfermos, 15 varones y 14 mujeres, con edad media de 46 años. En todos los casos, menos en uno, se consiguió un diagnóstico: Bronquiolitis oblierante 4, proteinosis alveolar 3, sarcoidosis 5, fibrosis pultrionar 4, enfermedad pulmonar difusa 2, alveolitis alérgica extrínseca 3, TBC 3, neumonía organizada 2, antracosis 1 y neumonía por pneumocystis 1 .

Todos ellos fueron dados de alta entre los 4-5 días y se retiró el tubo a los 2,5 días.

Excepto un mínirno neumotórax que se resolvió sólo, y dos engrosamientos pleurales, que mejoraron con fisioterapia, no tuvimos complicaciones.

Creemos que es la técnica de elección para el diagnóstico de esta patología, por menor dolor, menor estancia hospitalaria, menor recuperación respiratoria y cicatriz más estética que la minitoracotoinía, y mejores resultados que los demás métodos diagnósticos distintos a la biopsia de tejido pulimonar.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO. TORACOTOMIA. VERSUS CIRUGíA VIDEOTORACOSCÓPICA

R. Jiménez, F. García Díaz, J.C. Girón, M. Congregado Loscertales, C. Arenas, J. Loscertales.
Servicio de Cirugía General y Torácica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El neumotórax espontáneo (NE) está causado por una lesión pulmonar y tiene una alta tasa de recidivas por lo que nosotros consideramos que tiene una indicación quirúrgica desde el primer episodio. Esta tendencia esta universalizándose desde la aparición de la videotoracoscopia (VT).

OBJETIVOS

Comparar los resultados del tratamiento quirúrgico del NE mediante toracotomía frente a VT.

PACIENTES Y MÉTODO

Hemos intervenidos a 809 pacientes afectos de NE, 627 por toracotomía y 182 por VT. Edad y sexo: 32,5 años (1583), 60 mujeres (10%), 567 hombres (90%) en toracomías y 30,2 años [13-75], 22 mujeres (13%) y 153 hombres (87%) en la serie VT. A todos ellos se les realizó extirpación de las lesiones halladas (bullas apicales, cicatrices, blebs ....). Y abrasión pleural con esponja y/o yodo.

RESULTADOS

La localización de NE fue similar en ambos grupos, al igual que los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo. El tiempo medio fue de 35 minutos para VT y de 40 minutos para el grupo de toracotomía. Hubo diferencias significativas en la estancia media hospitalaria con 4,5 y 8,5 días respectivamente. El dolor postoperatorio fue mayor en el grupo de toracotomía que en VT. Recidivas: Ninguna en los operados por toracotomía y 4 en el grupo de VT. Las complicaciones menores fueron más numerosas en las toracotomías y la mortalidad nula en ambos grupos.

CONCLUSIONES

1) Los resultados de la cirugía abierta y la videotoracoscópica en seguimiento a distancia son similares, una vez que la curva de aprendizaje de la VT termina. 2) La VT produce menos dolor, menos complicaciones y una mejor recuperación respíratoria inmediata. 3) En nuestro criterio el tratamiento actualdel neumotórax espontáneo es la cirugía videotoracoscópica, que debe ser realizado aun en el primer episodio.

CIRUGÍA VIDEO.TORACOSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DEL NEUMOTÓRAX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN NUESTRO GRUPO DE TRABAJO

A. Benítez Doménech, R. Arrabal, C. Pagés, R. A. Fernández, J. L. Fernández.
Servicio Cirugía Torácica. H. U. Complejo Hospitalario Carlos Haya.

INTRODUCCIÓN

Desde Enero 1991 tenemos informatizada la recogida de todos los datos concernientes a los pacientes tratados en nuestro servicio, esto nos pemite hacer una búsqueda de estos en dicha base de datos.

OBJETIVOS

Presentar los resultados obtenidos por nuestro grupo de trabajo en el tratamiento del neumotórax desde que incorporamos como vía de abordaje la videotoracoscópia en nuestro arsenal terapéutico.

METODOLOGÍA

Desde el 1 de Enero 1991 hasta el 30 Noviembre 1998, han sido tratados por cirugía videotoracoscópia un total de 137 pacientes (112 varones y 25 mujeres) con una edad media de 30,82 años las edades máximas y mínimas fueron 78 y 14 años respectivamente. Los neumotórax fueron del lado derecho 79 casos, izquierdos 60 casos y bilaterales simultáneos 2 casos. Los criterios de indicación quirúrgica fueron: Recidiva unilateral en 63 casos (44,36%), fuga aérea mantenida más de 7 días en 50 casos (35,21%), neumotórax intra hospitalario en 8 casos (5,63%), neumotórax bilateral simultáneo en 2 casos (1,40%), hemoneumotórax en 2 casos (1,40%), sociolaboral en 1 caso (0,74%). La técnica empleada en todos ellos ha sido resección de la patología pleuropulmonar y pleurodesis abrasiva.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 142 intervenciones videotoracoscópicas, de cirugía programada 140 (98,59%) y de cirugía urgente 2 (1,40%), fue preciso reconvertir a cirugía abierta en 10 ocasiones (7,04%), por imposibilidad de cámara 6 casos (4,24%), por dificultad técnica en 2 casos (1,40% por sangrado en 1 caso (0,70%), por hallazgo de otra patología concomitante en 1 caso (0,70%). Las complicaciones más frecuentes fueron: Fuga aérea persistente más de 5 días en 10 casos (7,04%), cámara pleural residual asintomática en 4 casos (2,81 %), neumonía en 1 caso (0,70%), arritmia cardiaca en 1 caso (0,70%), hemotórax en 2 casos (1,40%). Recidivas de neumotórax tras ser intervenidos por videotoracocópia en 5 casos (3,52%). La mortalidad en esta serie de pacientes ha sido nula.

CONCLUSIONES

La incorporación de la cirugía videotoracoscópica ha supuesto un gran avance en el tratamiento de muchos procesos pleuropulmonares pero sin lugar a dudas en el tratamiento del neumotórax es, entre otras, donde tiene una de sus más claras indicaciones, las complicaciones tras un meticuloso proceso de aprendizaje suelen serpoco frecuentes; pero ante la eventualidad de posibles actuaciones quirúrgicas complejas es preciso que esta técnica de cirugía se realice por cirujanos torácicos con un dilatado período de entrenamiento quirúrgico.