

Biopsia Pulmonar a Cielo Abierto con el Empleo de Autosuturadoras. 1981-1991

Dr. Mario Arcia*

Dr. Jorge Lucena Olavarrieta**

Dr. Juan Carlos Vazquez***

Dr. Jesús Ricardo Torres****

Arcia, Mario, Lucena O.J., Vazquez J.C., Torres, J.R. **Biopsia pulmonar a cielo abierto con el empleo de autosuturadoras. 1981-1991.** Centro Médico. 1992; 38:50-55.

RESUMEN

En este trabajo prospectivo longitudinal prolongado a futuro desde enero de 1981, el autor y asociados en la sección de Cirugía Torácica del servicio número 1 en el Hospital Central "Miguel Pérez Carreño" de Caracas, han realizado 34 biopsias pulmonares a cielo abierto, en pacientes con diagnóstico clínico imagenológico de Nódulos Pulmonares Solitarios (Coin Lesions), en edades comprendidas entre los 35 y 78 años (34 casos), 21 masculinos y 13 femeninos, con un porcentaje bajo de complicaciones, en 2 pacientes en quienes se utilizó el instrumento G.I.A. para la realización de la biopsia cuneiforme (sangramiento).

Se concluye que la realización de la biopsia pulmonar a cielo abierto con la utilización del instrumental de autosutura (T.A. T.M. 90mm-50-30-G.I.A.) es una técnica sencilla, segura, con un porcentaje mínimo de complicaciones y fracasos, que la consideramos especialmente indicada en pacientes de alto riesgo.

ABSTRACT

Thoracotomy an median sternotomy have both been advocated for resection of pulmonary metastases, and the advangages of each approach remain disputed. The decision to perform opIn lung in the evaluation of pulmonary diseases is based on the probability that this examination will yield specific informatrion that may lead to change in treatment. From January 1981- to Octubre 1991. at the thoracic Surgery departament of the Hospital Miguel Pérez Carreño 34 Consecutive patients were perform opan lung biopsy. The average age of the patients was 48 range (35-78). There Were no postoperative complications o deaths. VEry small primary lung cancers detected and trated early do no have the same poor prognosis as larger primary cancers.

PALABRAS CLAVES

Biopsia Pulmonar - Autosuturadoras - Nódulo Pulmonar Solitario - T.A. - G.I.A. - Carcinoma Pulmonar - Coin Lesions.

INTRODUCCION

La eficacia cada vez mayor, demostrada con la utilización de la biopsia por aspiración transbroncoscópica y percutánea con aguja fina, ha visto disminuir cada vez más las indicaciones par la realización de la técnica abierta.^{4,8,9,10} Los cirujanos hemos aceptado gustosamente esta tendencia. No obstante, se sabe que se seguirán presentando algunos casos en que se fracase y en ellos es imprescindible la realización de este tipo de biopsia para establecer un diagnóstico histológico previo de la lesión y decidir la conducta terapéutica adecuada a cada caso en particular.^{1,3}

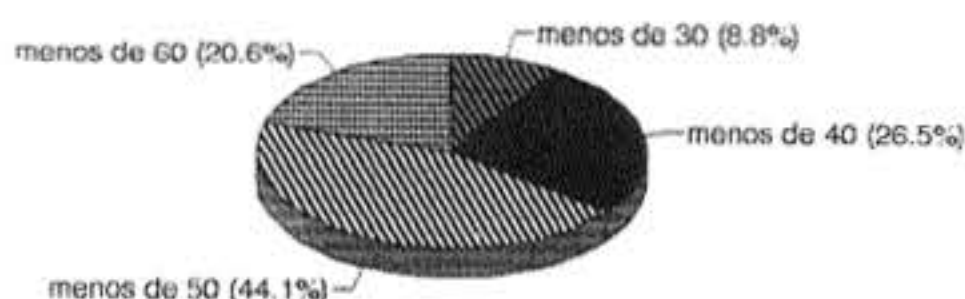
Con este tipo de procedimiento se obtiene suficiente cantidad de tejido para llegar a establecer el diagnóstico positivo en el 95% de los casos¹⁵ siendo su morbilidad muy baja y la mortalidad se encuentra comprendida entre el 0,5% y el 1%⁸. Así que la exéresis de un fragmento de pulmón para estudio histológico, es más sencilla, y segura con las técnicas de autosutura (con menor tiempo de realización). Puesto que, estos pacientes y de manera particular aquellos que presentan deficiencias inmunológicas adquiridas o infecciones oportunistas y se encuentre en condiciones críticas de salud por el menor tiempo utilizado en su realización.

De acuerdo a la opinión expresada por Frase y Paré (op cit), "No está claro que con cualquier tipo de biopsia se obtengan los mismos resultados. Sin embargo, creen los autores que esto pueda ser explicado por una mayor experiencia con determinado procedimiento. Desgraciadamente, es muy difícil valorar las diferentes técnicas existentes, ya que no se realizan controles a cargo de un observador común sobre los resultados de todos los procedimientos biópsicos existentes" (Fraser. GR. Peter. JA Paré. Ibidem pág. 236).

La mayoría de los pacientes a quienes es necesario efectuarles resecciones de tejido pulmonar para estudio histopatológico, presentan uno o dos tipos de patrones radiológicos, bien sea el de una neumopatía localizada o difusa.¹⁵ La forma de enfrentar esta situación varía notablemente según las circunstancias, bien sea la indicación de biopsia, o la técnica que ha de ser utilizada.⁴ Las indicaciones en las neumopatías localizadas varía mucho de acuerdo con las instituciones y depende de los grupos de trabajo integrados por neumonólogos y cirujanos de tórax, para desarrollar su experiencia y habilidades en los diferentes sistemas para

(*) Jefe del Servicio de Cirugía I Hospital Miguel Pérez Carreño
(**) Adjunto del Servicio de Cirugía I Hospital Miguel Pérez Carreño
(***) Residente de Postgrado de Cirugía Hospital Miguel Pérez Carreño
(****) Interno Rotatorio de Postgrado Hospital Pérez Carreño

BIOPSIA DE PULMON
Distribución por Grupo Etario



BIOPSIA DE PULMON
Distribución por Sexo



llevar a cabo a éstas.^{6,7} "En el diagnóstico diferencial de las neumopatías generalizadas entra un gran número de entidades patológicas. En estos casos cuando la afección ha dado sintomatología y su evolución se ve que es claramente progresiva, es importante la realización de este tipo de procedimientos; a no ser que el estado general sea tan crítico que no se pueda garantizar que se supere el mismo" (Ganennseler E., E. V. Moister. Op Cit).^{11,12,13}

MATERIAL Y METODO

El siguiente es un estudio prospectivo longitudinal prolongado a futuro, no randomizado, realizado con las técnicas de suturas automáticas en la biopsia pulmonar a cielo abierto en 34 pacientes con diagnóstico clínico imagenológico de **Nódulo Pulmonar Solitario** en los cuales no fue posible el establecimiento del diagnóstico definitivo de la lesión. El número de pacientes en esta serie comprende 34, de los cuales 32 con lesiones localizadas y 2 estaban en condiciones críticas en los que la indicación de la realización de la biopsia se tomó en conjunto con los intensivistas, debido a afecciones difusas de pulmón.

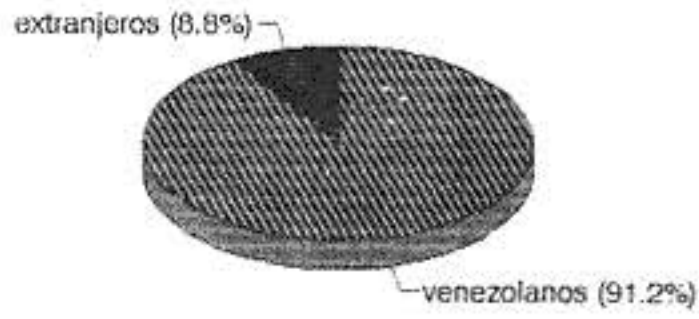
DISCUSION

El manejo óptimo del **Nódulo Pulmonar Solitario** no calcificado ha sido y continúa siendo motivo de intensa controversia (Lucena y Col; *Ibíd*em). La importancia del mismo se basa en el hecho de que la aparición de una carcinoma pulmonar primario en este tipo de lesiones conlleva el mal pronóstico que acompañan a la mayoría de los cánceres pulmonares (entre nosotros el 15,76%). La supervivencia señalada en algunas series con la resección de las lesiones numulares malignas, alcanza hasta 5 años. Por lo tanto debe de excluirse con todo los medios diagnósticos disponibles al alcance del clínico, la probabilidad de que una lesión solitaria sea de naturaleza maligna (Lucena, *Ibíd*em). Esta posibilidad depende de numerosas condiciones que deben ser tenidas muy en cuenta (edad, sexo, residencia, hábitos, tabáquicos, exposición a agentes cancerígenos). En estos casos se deberá establecer un diagnóstico basándose en el estudio histológico del tejido obtenido mediante aspiración transbroncoscópica, biopsia percutánea con aguja fina (F.N.A) y si los riesgos no son muy elevados con la biopsia pulmonar a cielo abierto mediante la ejecución de la toracotomía.

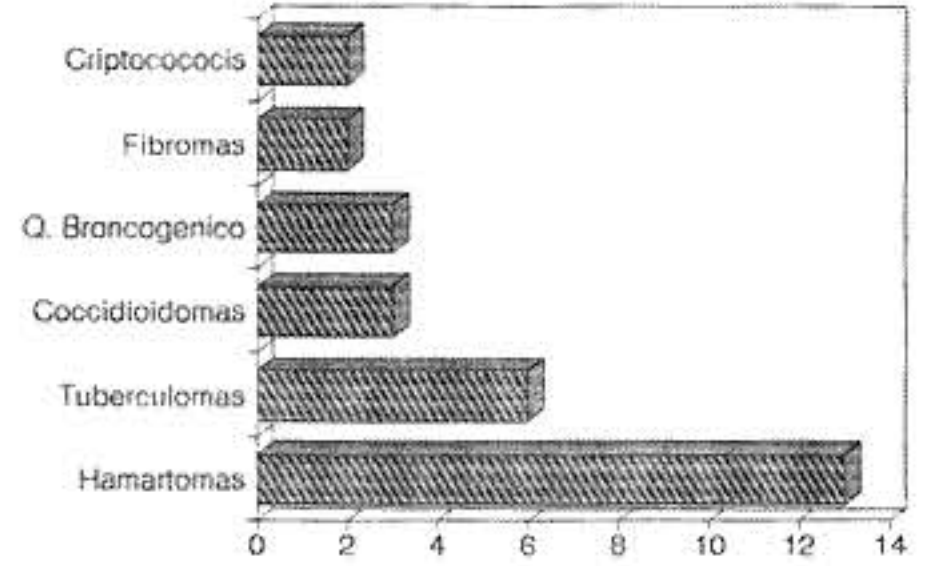
La conducta en 10 años (1981 a 1991) en la Sección de Cirugía Torácica del Servicio de Cirugía N° 1 del Hospital "Miguel Pérez Carreño" ha sido indicar la toracotomía temprana con la utilización de la técnicas mecánicas de suturas, excepto en aquellos casos cuando la lesión presenta signos radiológicos inequívocos de calcificación e su interior, siendo el porcentaje de carcinoma pulmonar en lesiones únicas del 15,6%.

A partir de 1981 en la recién fundada Sección de Cirugía Torácica del Servicio 1 empezamos a acumular experiencia en el manejo de este tipo de lesiones con las técnicas automáticas de síntesis, luego de la revisión de la literatura publicada.

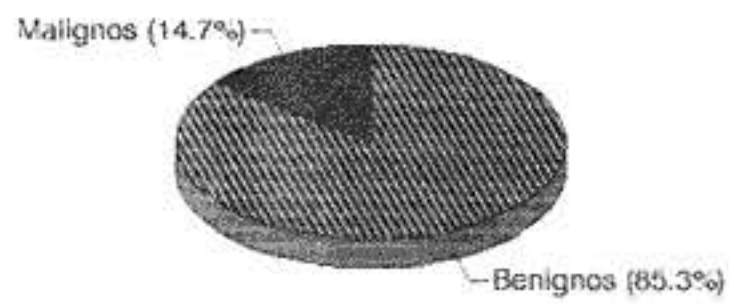
BIOPSIA DE PULMON
Distribución según su nacionalidad



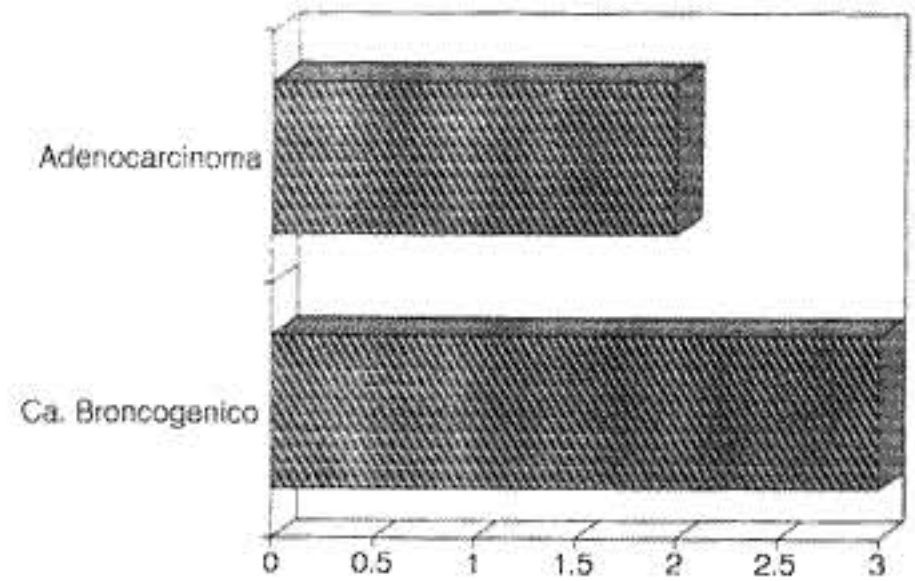
PATOLOGIA BENIGNA
Distribución según su frecuencia



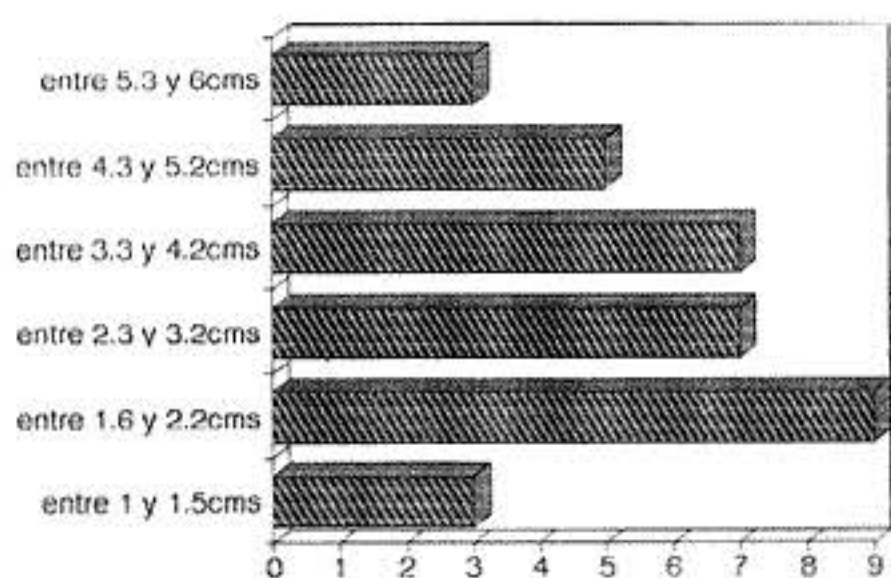
BIOPSIA DE PULMON
Distribución según el tipo de patología



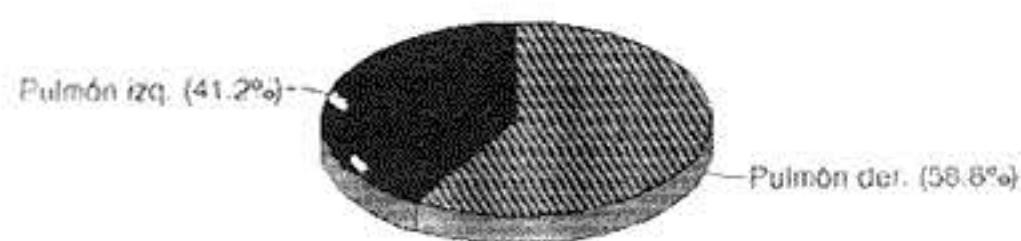
PATOLOGIA MALIGNA
Distribución según su frecuencia



BIOPSIA DE PULMON
Distribución según su tamaño



BIOPSIA DE PULMON
Distribución según su localización



Valoración Clínica

La Historia Clínica, junto a los hallazgos del examen físico en pacientes asintomáticos, no nos ha sido de gran ayuda para establecer un diagnóstico. Ambos son esenciales y nos pueden proporcionar importantes elementos de juicio para sospechar el diagnóstico.

Edad

La fluctuación extrema estaba, en los pacientes sometidos a biopsia pulmonar mediante estas técnicas, entre los 21 y 60 años.

Sexo

De los 34 pacientes, 21 correspondieron al sexo masculino; 13 fueron del sexo femenino.

Nacionalidad

31 casos correspondieron a pacientes venezolanos y 3 casos a pacientes extranjeros.

Diagnóstico histológico

En las lesiones numerales resecaadas por estas técnicas, 34, el 84,37% resultaron ser benignas y el 15,63%, malignas. De estas últimas el 60% fueron carcinomas y el 40% restante, adenocarcinoma.

Tamaño

Los nódulos malignos extirpados tenían un tamaño entre los 3,3 cms. y 6,0 cms.

TRATAMIENTO

A partir de 1981 realizamos las biopsias pulmonares a cielo abierto, con los procedimientos mecanizados de sutura, diseñado por Surgical Corporation, resultando 27 lesiones benignas; 2 neumopatías localizadas y 5 carcinomas, los cuales fueron sometidos, 3 a lobectomías pulmonares, y 2 a minirresecciones (Lucena y Col.).

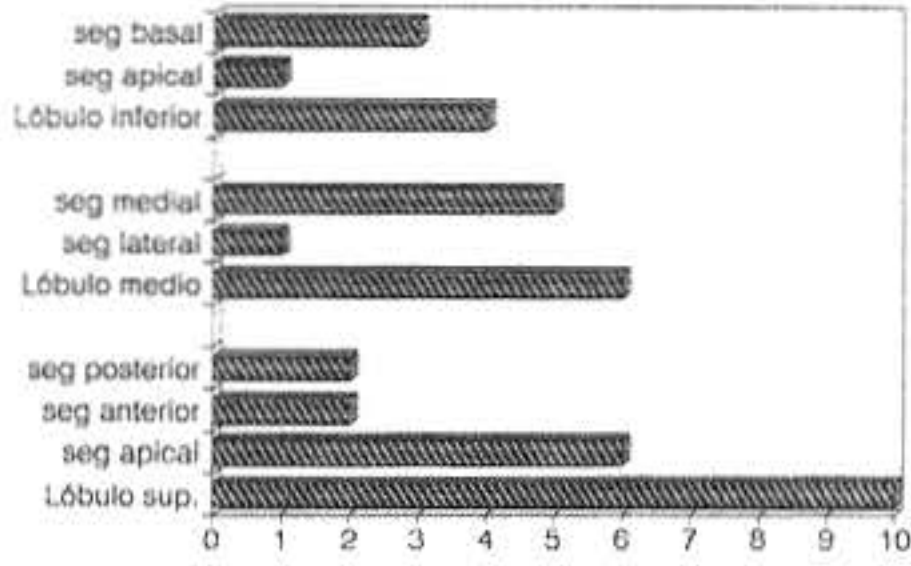
COMPLICACIONES

La más frecuente reportada en esta serie fue la hemorragia, que se presentó en 2 casos, donde se utilizó el instrumento G.I.A para la resección del espécimen biopsico, y que pudo ser controlada por medio de los procedimientos convencionales de sutura (doble plano hemostático en surget festoneado).

MORTALIDAD

No existe mortalidad en la presente serie lo que determina el alto grado de seguridad adquirido con estas técnicas, lográndose con su utilización reducir el tiempo operatorio, la pérdida sanguínea, y las fugas aéreas, debido al mínimo trauma ocasionado a los tejidos por la colocación de todas la grapas en un solo tiempo, a la misma presión, disminuyendo las fugas aéreas y las fístulas bronquiales, tan temidas por los cirujanos, con un postoperatorio más corto y confortable.

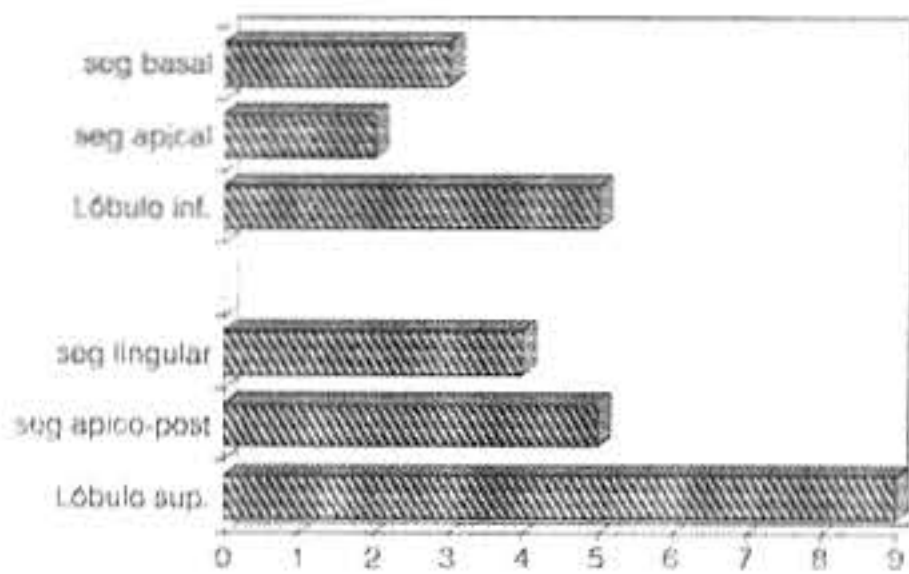
BIOPSIA DE PULMON DERECHO
Distribución según su localización



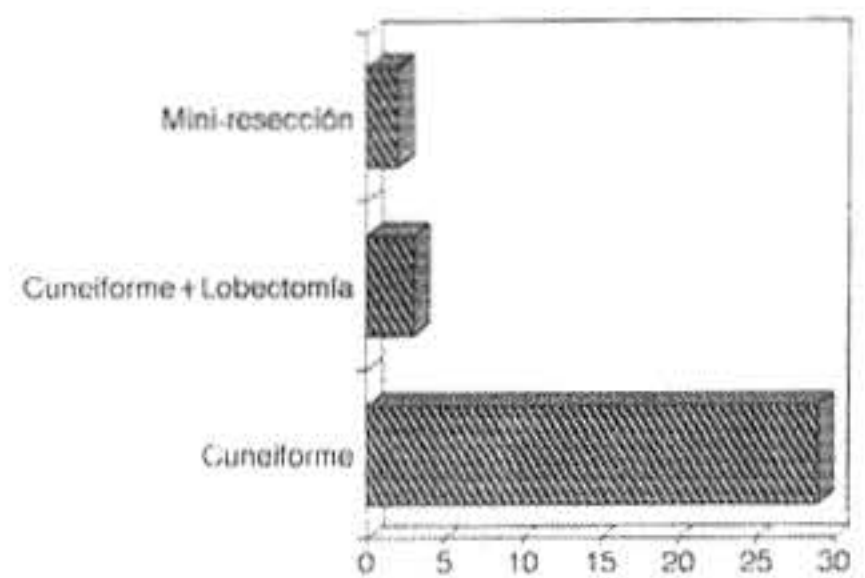
BIOPSIA DE PULMON
Distribución según la complicación



BIOPSIA DE PULMON IZQUIERDO
Distribución según su localización



BIOPSIA DE PULMON
Tipo de resección



CONCLUSIONES

La biopsia pulmonar a cielo abierto, con la utilización de suturas mecánicas con los instrumentos T.A., es una técnica segura; de fácil ejecución; con escaso o nulo sangramiento; con mínimo tiempo de duración; y con menores fugas aéreas, fístulas bronquiales y estancia hospitalaria del paciente.

RECOMENDACIONES

En base a la experiencia lograda en esta muestra de 34 casos, los autores recomiendan la realización de la biopsia pulmonar a cielo abierto, empleando los aparatos de sutura mecánica por las ventajas que presenta esta técnica, que son superiores a los resultados obtenidos con las técnicas convencionales, sobre todo en aquellos enfermos graves, en quienes ha de tomarse en cuenta la duración del procedimiento a realizar, limitado por las condiciones generales que ellos presentan.

BIBLIOGRAFIA

1. Adkins P.C.; Neoplasias del Pulmón y Carcinoma de Pulmón. Cap. 18; Cirugía Torácica; D.C. Sabiston Jr., F.C. Spencer, Tomo I, 2da. Edición Salvat Editores, 1980; 471-515.
2. Borrier, J.; Primary Carcinoma of the Bronchus; Ann. Col. Surg. Engl. 10; 165; 1965.
3. Borrier J.A.; Lung Cancer, New York; Appleton Century Crofts; 1965.
4. Doll R. and Hill A.B.; A Study of Etiology of the Lung. Brit. Med. J. 2; 1271; 1952.
5. Frase y Pare; Enfermedades del Tórax; Salvat Editores; 1982; Neoplasia del Mundo.
6. Fry W. and Manalo, Estrela P.; Bronchial Brushing. Surg. Gynecol. Obst.; 130; 67; 1970.
7. Jensik, R.J. Ganeseler; Resection of Bronchogenic Carcinoma; J. Thoracic Cardiovasc.; Surg. 5; 417; 1966.
8. Lucena O. JR.; Suturas Automáticas en Cirugía del Tórax. Trabajo de Ascenso a Profesos Asociado. Escuela Luis RAzetti, Facultad de Medicina, Cátedra de Técnica Quirúrgica; 1987.
9. Mountain C.F.; Surgical Therapy for Lung Cancer. Lung Cancer Clinical Diagnosis and Treatment. Grune Statton; 1977; 186-197.
11. Paulson Di.; Carcinoma of the Lung; Year Bookmedical Publisher Inc.; November, 1967.
12. Shields, T.W.; General Thoracic Surgery. Philadelphia Lea and Febiger; 1972; 979.
13. Spencer, H.; Patohology of the Lung; London; 1968; 860.
14. Staus, M;J.; Growth Characteristics of lung Cancer. Lung Cancer Clinical Diagnosis and Treatment; Grune Stratton; 1977; 19-31.
15. Watson W.L.; Lung Cancer; St. Louis; The C.V. Mosby Company; 1968.