

LA MEDIASTINOSCOPIA EN EL CANCER BRONQUIAL

F. Serrano Muñoz (Madrid)

La Mediastinoscopia es un método simple y de mucha utilidad diagnóstica y de pronóstico. CARLENS, en 1959, puso a punto este nuevo proceder por primera vez; desde entonces, muchos autores han adoptado y divulgado este método de exploración, demostrando su inocuidad y su gran utilidad.

Este método de exploración es superior a la biopsia preescalénica descrita por DANIELS, y a la exploración cervico-mediastínica de HARKEN.

Los procederes citados tienen el mismo fundamento: obtener y examinar los ganglios mediastino-cervicales patológicos.

La superioridad de la Mediastinoscopia sobre la biopsia de DANIELS deriva de lo siguiente: la exploración es más completa; se puede explorar los ganglios traqueales bilaterales, y, por otra parte se puede hacer la biopsia de la lesión en su propia localización; se tiene finalmente, una observación más completa del mediastino.

La técnica de HARKEN es más complicada, puesto que se tiene el peligro en su vía de abordaje de lesionar los vasos de gran tamaño. Nuestra experiencia, así como la de otros autores, nos ha demostrado que la técnica de la Mediastinoscopia es simple, y si se hace con atención, no da lugar a complicaciones; es superior, en utilidad, a todos los métodos precedentes de exploración, puesto que con un solo día de hospitalización es suficiente.

TECNICA

La técnica que nosotros hacemos es la de CARLENS que es la que se utiliza por todos los autores, exceptuando modificaciones menores.

Utilizamos la anestesia general. Si el enfermo duerme la exploración es más tranquila, más meticulosa, más completa y nos evitamos la tos debida a la irritación traqueal y la rotura eventual de la pleura mediastínica, que sería origen de un neumotórax.

La posición del cuello y de la cabeza es la misma que la que se precisa para hacer una traqueotomía, en hiperextensión para hacer una mejor exposición de la tráquea. Cuando el enfermo tiene un cuello corto y una estasis venosa causada por la comprensión de la vena cava superior, empleamos una posición ligeramente elevada, para disminuir la presión venosa del cuello.

Se hace una incisión transversal de 2 a 2,5 cm. sobre la parte inmediatamente superior del esternón; se hace la disección con un instrumento romo hasta la fascia pretraqueal, que reposa por encima del istmo del tiroides. Se secciona dicha fascia pretraqueal, y se penetra en un espacio de tejido flaccido y sin vascularización; si seguimos la disección con el dedo se puede llegar sin dificultad hasta el mediastino. Se palpan con precisión las paredes anteriores y laterales de la tráquea, lo mismo que el mediastino anterior.

Nosotros evitamos la movilización completa de la tráquea porque son excepcionales las metastasis ganglionares sobre la pared posterior de la misma, y porque así de esta manera evitamos la lesión del nervio recurrente.

Se hace un largo túnel para el paso del mediastinoscopio; la introducción del mismo se hace sin dificultades, pasando por delante del tronco arterial braqueo-cefálico y del cayado aórtico.

Con el mediastinoscopio se puede explorar la tráquea hasta la carina y hasta el origen de los bronquios principales. Para la disección y la toma biopsica de ganglios paratraqueales, así como para la extensión de la disección traqueo-bronquial, el aspirador de acero inoxidable nos ha sido de mucha utilidad.

Hace falta explorar los ganglios de los dos lados de la tráquea, así como la pared anterior de la tráquea, en el ángulo formado por el cayado aórtico y el tronco arterial braqueo-cefálico, como ha sido puesto en evidencia por PEARSON.

Se tendrá especial cuidado en no lesionar el nervio recurrente, que se encuentra en el ángulo traqueo-bronquial, sobre todo cuando se explora el lado izquierdo de la tráquea.

DESCRIPCION DE NUESTRA EXPERIENCIA

Nuestra experiencia se refiere a 10 casos de cáncer bronquial, 1 de paresia del nervio recurrente y los otros de fibrosis traqueal.

Entre los 8 casos de cáncer de bronquio con diagnóstico precedente positivo, con localización relativamente central, en 5 la mediastinoscopia fue negativa y se les pudo practicar una resección pulmonar, en otros dos casos que la mediastinoscopia fue positiva y que a pesar de todo se intentó el tratamiento quirúrgico de exéresis, fue técnicamente imposible. En un caso de lesión cancerosa periférica, con mediastinoscopia negativa se le pudo hacer una lobectomía.

La mediastinoscopia fue negativa en el caso de la paresia recurrencial. Había en este caso una pequeña opacificación superpuesta sobre el cayado aórtico; por esto nos decidimos a hacerle una toracotomía, que no nos dio respuesta positiva.

En el enfermo con diagnóstico de tumor de la tráquea, que presentaba disnea grave, la mediastinoscopia se hizo con mucha dificultad a causa de la fibrosis peritraqueal existente. El estudio anatomopatológico nos descartó la existencia de un tumor, siendo el diagnóstico de fibrosis traqueal que había producido una gran dificultad respiratoria.

Trabajo de la Fundación Jiménez-Díaz.

Clínica de la Concepción-Madrid.