

Referatas de Revistas

«Les Bronches», Vol. XV, n.º 6, Noviembre-Diciembre 1965

Comunicaciones presentadas en el XV Congreso de la A. I. E. B. Oporto, 1965.

PETIT, JENY, COBLENTZ, WEIL y FORSTER: LUGAR DE LA MEDIASTINOSCOPIA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE PULMON.

El autor, al término del análisis de 30 casos de mediastinoscopias por cáncer bronquial, retiene la variedad de enseñanzas recogidas, de importancia muy irregular.

Como después de la mayoría de los exámenes sólo los resultados positivos tienen valor real, los resultados negativos piden una interpretación muy circunspecta.

La mediastinoscopia puede ayudar al diagnóstico histológico cuando no se ha podido establecer por las técnicas clásicas. Pero por muy frecuentes que sean (2/3 de los casos) los datos positivos no son constantes. Además, los datos negativos no permiten eliminar la sospecha de neoplasia (ni la invasión linfática). Con los progresos de la citología, después de la broncoaspiración, se tendrá cada vez menos necesidad de recurrir a la mediastinoscopia en tales circunstancias.

Mucho más constantes son los datos de valor sobre el grado de operabilidad. Pero en esto el valor es muy irregular: su valor es absoluto cuando la mediastinoscopia afirma la inoperabilidad; es muy relativo cuando permite confiar en la operabilidad, ya sea porque permite creer la no existencia de metástasis en el mediastino ya invadido, ya sea porque deja en la oscuridad zonas inaccesibles.

Por último, la mediastinoscopia suscita serias reservas en su aplicación al diagnóstico del cáncer. En efecto, obliga a dislacerar los espacios linfáticos. Aun realizada de una forma muy minuciosa, desgarrar, arranca y aun abre vasos que pueden vehicular en un momento dado células neoplásicas. Pero este es el problema de la cirugía del cáncer. Por mucho que esta cirugía quiera extirpar el tumor con el mínimo de riesgos de diseminación quirúrgica traumática, no elimina completamente el peligro de difusión linfática post-operatoria. Es necesario situar la mediastinoscopia en el contexto actual de nuestros conocimientos reales en carcinología y no darle crédito más que en la medida de nuestra profunda ignorancia en la esencia misma del problema.

En función de lo que sabemos, y sobre todo de lo que no sabemos todavía sobre el cáncer en general y el cáncer bronquial en particular, la mediastinoscopia se nos aparece como un punto de apoyo interesante. Viene a complementar o suplementar, sin que nunca reemplace a otros medios de investiga-

ción clásicos, que, lejos de haber perdido su valor, coinciden a establecer una respuesta precisa a las preguntas hechas para el diagnóstico y tratamiento del cáncer bronquial.

C. MIHALJEVIC (Berlín): MEDIASTINOSCOPIA LATERAL. NUESTRO PROCEDIMIENTO DE EXPLORACION DE MEDIASTINO.

Con esta técnica el autor pretende abordar nuevas vías de penetración, con objeto de llegar al mediastino posterior, inaccesible por la técnica corriente.

Describe la técnica, que es muy sencilla, y las complicaciones que puedan presentarse (parálisis frénico y recurrencial), hemorragias, etc. Las ventajas, que son alcanzar la vía linfática mediastínica posterior.

Hace un resumen estadístico de 200 mediastinoscopias laterales, con 282 biopsias de ganglios linfáticos en 480 casos de cáncer bronquial, en los que 105 casos se hizo por mediastinoscopia lateral, con 34 por 100 de casos positivos.

REHAC y BOHUT (Praga): ALGUNAS INDICACIONES NO FRECUENTES DE LA MEDIASTINOSCOPIA EN LOS CANCERES BRONQUIALES.

Según los autores, la mediastinoscopia puede constituir un método precioso no sólo para la evaluación de la operabilidad de un cáncer bronquial, sino para la elección de la técnica operatoria.

1. En los cánceres bronquiales que presentan una sintomatología mediastínica extrapulmonar.

2. En las adenopatías mediastínicas tuberculosas, en la sarcoidosis con cáncer bronquial.

3. En los enfermos que hayan sufrido una neumectomía por cáncer bronquial, con presunción de síndrome mediastínico.

4. En la exploración del muñón del bronquio principal en caso de fistulización tras neumectomía.

5. En un pequeño grupo de enfermos afectados de cáncer bronquial con adenopatía mediastínica se ha extirpado bajo control de la mediastinoscopia los ganglios mediastínicos, para su uso en la inmunización activa de estos enfermos inoperables.

6. Como método para la linfadenografía de las redes linfáticas con sustancias de contraste.

«Les Bronches», Vol. XV, n.º 1, Enero-Febrero 1966

A. COUCINA: LOS BRONQUIOS EN LAS NEUMOCONIOSIS (Ponencia presentada en el XV Congreso de la A. I. E. B. Oporto, 1965).

Basándose en una experiencia de diez años, insiste el autor en la necesidad de la práctica de exámenes broncológicos a estos enfermos, como complemento indispensable de los datos clínicos, radiológicos y pruebas de exploración funcional, necesidad basada fundamentalmente en permitir conocer la coexistencia de lesiones asociadas (supuraciones, tuberculosis y neoplasias).

Los exámenes broncológicos no entrañan ningún inconveniente en estos enfermos si su técnica es correcta y sus indicaciones apropiadas, siendo la broncoscopia mejor tolerada que la broncografía, por lo que ésta debe de utilizarse

con ciertos límites cuando se traten de casos con tuberculosis activa o con grave compromiso de la función respiratoria.

En lo que concierne a la silicosis y a la asbestosis, enfermedades en las que basa el trabajo, el paso del polvo con silice o agujas de asbesto no es indiferente para el árbol bronquial, por lo que los mecanismos de defensa están comprometidos por dicha estimulación irritativa de carácter mecánico. Además, tanto tráquea como bronquios están afectados indirectamente, a veces con gran profundidad, por los fenómenos de fibroesclerosis pulmonar o pleural, y en la silicosis por las grandes adenopatías hiliares. Ciertos elementos de orden específico o inespecíficos complican el cuadro broncológico de dichas afecciones, a lo que se pueden unir fenómenos hiperérgicos alérgicos de difícil valoración.

Así consideradas las neumocolniosis profesionales como sola afectación motivada por el depósito de polvo en los pulmones y las reacciones esclerógenas más o menos marcadas y más o menos específicas, deja fuera del cuadro a toda esta noción de alteraciones del aparato tráqueo-bronquial, puestas en evidencia por las exploraciones broncológicas y por investigaciones histopatológicas. Respecto a ellas todavía no se puede decir de modo concluyente si dichas alteraciones son típicas o no de las diversas neumoconiosis, pero sí se puede asegurar que en la silicosis y asbestosis existen cuadros broncológicos característicos y predominantes, en relación posible con el modo de realizarse la agresión por las partículas de polvo sobre la mucosa traqueobronquial.

Respecto a la silicosis, lo más frecuentemente encontradas han sido las traqueobronquitis hipertróficas generalizadas y las desviaciones axiales de los bronquios principales; en la sílico-tuberculosis las traqueo-bronquitis hipertróficas localizadas y las mismas desviaciones axiales, y en las asbestosis las traqueobronquitis atróficas y las desviaciones axiales con tonos violetas y marcada hipotonía.

Y. ROSE, J. GONI y M. CAPITANT (París): EL EMPOLVAMIENTO INTRABRONQUIAL ESTUDIADO MEDIANTE BIOPSIA BRONQUIAL. METODOS DE INVESTIGACION E INTERES DIAGNOSTICO.

El estudio de la distribución de polvo dentro de bronquio-alveolo puede estudiarse por medios físicos, como el análisis mediante la microsonda de Castaigne, el microscopio con luz polarizada y la espectrofotografía.

El primer método tiene la ventaja de permitir el análisis puntual de cada partícula y la determinación de los elementos que la componen. La segunda permite conocer la forma de las partículas y de precisar su localización en el tejido bronquial. La espectrografía permite el análisis cuantitativo de los elementos presentes, sin poder dar datos sobre la repartición, la forma o la naturaleza mineralógica de las partículas, pero sus posibilidades de dosificación cuantitativa nos permitirán en el porvenir una mejor apreciación de la distribución de los polvos en el árbol bronquial.

La concordancia de los resultados de los análisis confirman nuestra hipótesis: de ser posible el reencuentro en la pared bronquial de los polvos inhalados por un sujeto.

Es preciso admitir, en consecuencia, que las partículas inhaladas no se encuentran solamente en las vías linfáticas, en los espacios peribronquiales y periarteriolas, sino que pueden caminar también por el tejido intersticial, hasta el corión de la mucosa de los gruesos bronquios.

Estas diferentes conclusiones subrayan el interés del método original de los autores para el diagnóstico de ciertas bronquitis crónicas y de ciertas lesiones esclerosas o enfisematosas del pulmón.

A. SOLTE (Gelsen Kirche - Buer): LAS MODIFICACIONES DE LOS ASPECTOS BRONCOSCOPICOS E HISTOLOGICOS DE LA MUCOSA BRONQUIAL EN LA SILICOSIS DE LOS MINEROS DEL RUHR.

El estudio se basó sobre el estudio de 251 mineros del Ruhr, de los que 22 eran mineros expuestos a riesgos silicóticos por trabajo peligroso en 26 años y el resto se trataba de casos de silicosis de 1er, segundo y tercer grado. En estos casos la broncoscopia puso en evidencia aspectos extensos de afectación de mucosa, con intrincación frecuente de lesiones atróficas e hipertróficas, no pudiendo confirmar la idea aceptada por otros autores sobre la mayor frecuencia de las lesiones hipertróficas en silicosis ligeras y de atróficas en formas graves. La afectación bronquial nunca falta en las formas de tercer grado, mientras que en los de primer o segundo grado rara vez se aprecia una mucosa bronquial normal.

Mediante la investigación histológica se aprecian: 1.º Lesiones epiteliales (hipertrofia, aplanamiento, pérdida de cilios, metaplasias malpighianas, etcétera); 2.º Modificaciones de la membrana basal (hialinización); 3.º Modificaciones de las glándulas mucíparas (hipertrofia o atrofia); 4.º Infiltraciones celulares (inclusiones linfo-plasmocelulares, granulocitos), y 5.º Modificaciones del diámetro de la mucosa (engrosamiento por edema o disminución por retracción celular). Las cifras encontradas parecen indicar que hay un paralelismo entre la gravedad de la silicosis y la intensidad de las alteraciones histológicas de la mucosa.

J. PORIN y J. ROUSSELOT (Caen): MANIFESTACIONES BRONQUIALES DE LA ASBESTOSIS PULMONAR.

Los autores recogen el estudio practicado en 78 casos de asbestosis procedentes de una fábrica de 500 obreros de transformación de amianto, en Normandía.

Según su experiencia parece que las fibras de amianto siguen la corriente aérea y pasan directamente al interior del alveolo, no aceptando por tanto la opinión de los autores americanos (ROBBIN y HEBERT) sobre el paso a través del árbol bronquial para ganar así el tejido pulmonar. En alveolo producen una reacción intraalveolar con macrófagos alrededor de las fibras de asbesto y una reacción fibrosa a nivel de los septa interalveolar, que conducen a la neumopatía reticular hipertrófica. Las alteraciones bronquiales son poco características.

En los ocho casos estudiados broncoscópicamente se han apreciado enrojecimientos localizados o difusos, con tendencia ocasional a la hemorragia, edema de mucosa, sobre todo en los orificios lobares e hipersecreción mayor o menor. Las broncografías han podido demostrar la existencia, según BOHLING, de dilataciones cilíndricas, pero nunca ampollares o quísticas.

El estudio funcional ha permitido confirmar en seis casos existencia de alteraciones de difusión y en 16 existencia de insuficiencia respiratoria obstructiva, restrictiva y más frecuentemente mixta, habiendo observado los autores que dichas alteraciones están más en relación con la asociación de bronquitis crónica.

En ningún caso se ha podido observar cancerización bronquial.

A. BISETTI, G. MONZALI, L. LOVACEV y G. BROCCHI (Módena): FIBROLIPOMA TRAQUEAL CON SINTOMATOLOGIA POBRE, REVELADO POR UNA ANOMALIA ESPIROGRAFICA. EXERESIS ENDOSCOPICA.

En enfermo portador de discretas molestias, tras un episodio gripal, el estudio espirométrico permitió comprobar la presencia de un síndrome de insuficiencia ventilatoria de tipo mixto, preferentemente restrictivo. En la curva de Tiffeneau se apreció la existencia de pequeñas incisuras en su tercio medio, que movió a los autores a indicar estudio traqueobroncoscópico que permitió confirmar la existencia de un tumor polipoide en la pared externa de tráquea, en la unión de tercio superior con tercio medio. El diagnóstico histopatológico se hizo sobre la pieza obtenida por ablación completa de la tumoración mediante técnica endoscópica.

«Disease of the Chest», Vol. IX, n.º 2, Marzo 1966

A. H. VILLEGAS: TRAQUEOTOMIA. (Una técnica para facilitar el post-operatorio y posibles complicaciones).

El autor propone una técnica para la traqueotomía, cuyas ventajas principales son las de facilitar el post-operatorio y prevenir las complicaciones. La técnica operatoria aparece ilustrada con una serie de diseños quirúrgicos.

Los puntos importantes son: división del istmo tiroideo para obtener un amplio campo operatorio, resección de un pequeño disco de la pared anterior de la tráquea, sutura de los bordes del estoma traqueal a la dermis. El método no requiere instrumentos especiales.

En una serie de 65 casos operados en un período de tres años no se observan secuelas traqueales ni complicaciones atribuibles a la técnica empleada.

E. A. PISZCZEK: EL MEDIO AMBIENTE, LA COMUNIDAD Y LA TUBERCULOSIS.

El autor expone que durante el año 1963 se registraron en los Estados Unidos 54.042 nuevos casos de tuberculosis. Este total corresponde a una incidencia morbígena de 28,7 por 100.000 habitantes. Se registraron asimismo 9.311 muertes, lo que da una mortalidad de 4,9 por 100.000. Estas cifras prueban concluyentemente que es aún una de las enfermedades transmisibles de mayor importancia y que a pesar de la declinación en la mortalidad y morbilidad en los últimos años, esta enfermedad plantea un reto a la profesión médica y a los organismos sociales de lucha contra ellos.

En este trabajo se esbozan los problemas principales relativos a la difusión de la tuberculosis en las grandes ciudades y sus suburbios y a las medidas prácticas tendentes a su contención.

La profesión médica posee hoy, a juicio del autor, los conocimientos necesarios no sólo para su control, sino que para su erradicación. Reconoce, sin embargo, que no es empresa fácil, ya que requiere la cooperación total de la profesión médica y de sus auxiliares, además de la educación media del público y del enfermo. La cooperación de este último en el plan terapéutico aparece como el factor más importante.

Varios sistemas para la prospección de la enfermedad, tratamiento del enfermo, protección y alertamiento del público son expuestos y comentados. Algunas de estas directrices están ya en vigor. Otras, sin embargo, no han sido

implantadas por incomprensión, falta de personal capacitado o carencia de fondos suficientes.

Termina el autor con una exhortación a cada uno de nosotros a aplicar nuestros conocimientos, difundirlos, levantar los fondos necesarios y afrontar el problema con toda decisión.

MASON y TEMPLETON: SIGNOS BRONCOGRAFICOS EN EL CANCER DE PULMON.

Los autores hacen incapié en el valor de la broncografía en el diagnóstico del cáncer pulmonar.

Un estudio broncográfico completo que debe incluir la fluoroscopia del tórax, puede poner de manifiesto más del 89 por 100 de los casos de tumores malignos del pulmón.

Su rendimiento diagnóstico es superior al de cualquier otro procedimiento de pesquisa, incluyendo broncografía, biopsia del ganglio escaleno y el examen citológico del esputo, secreciones bronquiales o exudado pleural. Mediante este método se hace posible el diagnóstico de los tumores del lóbulo superior, inaccesibles a la broncoscopia.

Las desviaciones del mediastino, anormalidades diafragmáticas y derrames pleuropulmonares, observados mediante la fluoroscopia, contribuyen a identificar y localizar el cáncer pulmonar.

La inspección fluoroscópica durante la instilación del medio de contraste es indispensable para obtener el relleno adecuado del árbol bronquial y obtener imágenes perfectas.

Las alteraciones bronquiales observadas en el cáncer pulmonar incluyen la obstrucción bronquial abrupta (amputación bronquial), desplazamientos bronquiales, estrechamientos concéntricos de la luz bronquial y estrechamientos abruptos sin bloqueo completo.

«Diseases of the Chest», Vol. 49, n.º 5, Mayo 1966

VACAREZZA, WILLSON y BOCHI: NUEVO TEST PARA EL DIAGNOSTICO DE PRESUNCION DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.

Los autores determinaron la actividad colinesterásica en plasma, sangre total y células sanguíneas en 103 adultos enfermos de cáncer y en 42 adultos enfermos de tuberculosis pulmonar, clasificados de la siguiente forma: 32 enfermos de cáncer pulmonar; 22 enfermos de cáncer de localización extrapulmonar de sexo masculino; 53 enfermos de sexo femenino con tumores malignos de distintas localizaciones, y 42 enfermos tuberculosos del mismo sexo.

Se tomaron como testigos 23 adultos de sexo masculino y 20 de sexo femenino, todos aparentemente sanos.

Se comprobó en las neoplasias pulmonares que la actividad colinesterásica plasmática se encontraba muy disminuida. La diferencia con respecto a los testigos fue estadísticamente altamente significativa (P. 0,001). Se observaron valores inferiores a los límites normales en el 82,8 por 100 de los casos. En cuanto a la actividad colinesterásica celular, también se la encontró intensamente disminuida (P. 0,001). Se verificó que los valores eran inferiores a los límites normales en el 93,9 por ciento de los casos estudiados. En ningún enfermo se presentaron ambos valores normales.

En sangre total también la disminución fue estadísticamente altamente sig-

nificativa (P. 0,001). En todos los enfermos se comprobaron valores inferiores a los límites normales.

En los enfermos de cáncer extrapulmonar se observó la misma intensa depresión de la actividad colinesterásica en plasma, células sanguíneas y sangre total (P 0,001). Todos estos enfermos dieron valores inferiores a lo normal y en cada una de las fracciones estudiadas.

En 53 enfermos de sexo femenino afectados de neoplasia de diferentes localizaciones se comprobaron disminuciones también estadísticamente significativas en plasma, sangre total y células sanguíneas. Solamente en un caso, o sea en 1,9 por 100, se comprobaron valores que sobrepasaban el límite inferior de lo normal en todas las determinaciones.

En tres enfermos de linfogranulomatosis maligna se comprobaron valores también disminuidos en las distintas fracciones.

En cuanto a los 42 enfermos tuberculosos, se comprobó una disminución estadísticamente altamente significativa (P. 0,001) en la fracción plasmática, pero de menor intensidad que en los neoplásicos. En cambio, la fracción celular no presentó variaciones estadísticamente significativas. Esta disociación tiene valor en el diagnóstico diferencial entre tuberculosis y cáncer de pulmón, pues en la neoplasias ambas fracciones están intensamente disminuidas.

Basándose a estas comprobaciones originales, consideran los autores que el test de la actividad colinesterásica en sus diferentes fracciones tiene valor en el diagnóstico presuntivo de cáncer pulmonar y de otras localizaciones. Se insiste en la necesidad de efectuar las determinaciones en plasma, sangre total y células sanguíneas, a fin de descartar el generalmente reducido porcentaje de valores normales, presente en alguna de estas fracciones, y como nuevo elemento de diagnóstico diferencial con la tuberculosis pulmonar.

OVERHOLT y VOORGEES: REFLUGO ESOFAGICO COMO FACTORES DESENCADENANTES EN EL ASMA

En el 30 por 100 de todos los asmáticos observados recientemente, el autor ha encontrado hernia del hiatus con reflujo esofágico. En 24 pacientes la hernia ha sido reparada quirúrgicamente y la válvula esofagogástrica restablecida. 18 de éstos han sido observados por más de seis meses. En todos, menos en uno, la corrección del defecto mecánico ha sido seguido de mejoría o de la desaparición de los síntomas asmáticos.

Ciertos factores orgánicos desencadenantes pueden existir en el asmático. Ordinariamente son de localización intrapulmonar, pero es preciso tener en cuenta su posible localización extrapulmonar. El paso del contenido de las vías digestivas a las respiratorias puede ser uno de esos factores.

BRANTIGAN KRESS y GOCO: EMBOLIA PULMONAR. (Un factor en la etiología y patogenia del enfisema pulmonar).

La embolia pulmonar se presenta en el 1,5 a 25 por 100 de las autopsias y frecuentemente en ausencia de antecedentes de trombosis venosa. La embolia simple es difícil de diagnosticar con precisión cuando no existe evidencia quirúrgica o necrótica de émbolo. La muerte puede haber sobrevenido repentinamente, lentamente o sólo después de repetidos episodios embólicos y aun entonces puede ser debida a afecciones concomitantes o preexistentes.

Puede apreciarse la curación completa después de embolia pulmonar sin

secuela alguna apreciable. El curso clínico y la patogenia del enfisema pulmonar son complicaciones de las embolias pulmonares.

El embolismo pulmonar puede ser la causa de enfisema lobar bi o unilateral, o también de la formación de bulas de enfisema pulmonar generalizado.

YOSHINORI NAKAMURA: TEST DE ACTIVIDAD ANTIMICOBACTERIANA, DEL SUERO Y QUIMIOTERAPIA DE ENFERMOS INFECTADOS CON MICOBACTERIAS NO CLASIFICADAS.

Los autores advierten que el suero de adultos normales no inhiben el crecimiento de Mycobacterias atípicas.

También comprueba que el suero de pacientes tratados con Hidracidas, Estreptomina y PAS, escasamente inhiben el crecimiento de los bacilos escotocromógenos y los no fotocromógenos.

La quimioterapia con Kanacimina más Hidracidas, más Etambutol o Ethionamida se considera efectiva en el tratamiento de enfermedades causadas por Mycobacterias no clasificadas.

Estiman los autores que este ensayo puede servir de guía para el tratamiento antimicobacteriano efectivo de pacientes infectados por Mycobacterias no clasificadas.

HATCHER, LOGAN y ABBOTT: EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS AGUDOS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS EN LA INFANCIA.

La libertad de las vías respiratorias y el mantenimiento de una adecuada ventilación respiratoria son elementos fundamentales para asegurar con éxito la conducta a seguir frente a un número importante de afecciones de la infancia.

El uso más corriente de respiradores mecánicos ha ampliado la indicación de la traqueotomía y puesto de manifiesto la importancia de mantener ampliamente abiertas las vías respiratorias.

La competencia técnica, asistencia adecuada y atención cuidadosa a los detalles permite al cirujano el empleo de la endoscopia y la traqueotomía como métodos auxiliares valiosos en la práctica pediátrica.

IRA J. LEVY: NEUMOTORAX ESPONTANEOS.

Basado en su experiencia, el autor, con 170 casos de neumotórax espontáneos observados, ha establecido las siguientes directrices terapéuticas:

- 1) Los colapsos que afectan a un 15 por 100 de parenquima se tratan mediante reposo en cama.
- 2) Los colapsos de menos de 30 por 100 en pacientes menores de 40 años, son tratados mediante reposo en cama y dados de alta entre el séptimo y el décimo día si se observa un grado apreciable de re-expansión.
- 3) En los pacientes con un grado mayor de colapso, la aspiración añadida al reposo reduce apreciablemente el período de re-expansión.
- 4) En pacientes con colapso masivo o con patología pulmonar crónica, neumotórax a tensión, hemonemotórax, así como en los de edad avanzada, instituímos de entrada el drenaje de aspiración. La falta de re-expansión a los siete días de instituído el tratamiento constituye una clara indicación de toracotomía.
- 5) Recomendamos la toracotomía a cielo abierto como método inicial de tratamiento en el hemonemotórax masivo, pulmón inexpandible, colapso bilateral inicial o al tercer episodio de colapso espontáneo recidivante.