

**III Congreso Nacional  
de la  
Sociedad Española  
de  
Patología Respiratoria**

**San Sebastián, junio 1970**

**Comunicaciones  
a la  
Segunda Ponencia**

**Biopsia pleuro-pulmonar**

**(Continuación)**

CIUDAD SANITARIA DE LA S. S. «LA FE» (VALENCIA)  
Servicio de Cirugía Torácica. Cirujano Jefe: Dr. F. París  
Servicio de Anatomía Patológica. Jefe Clínico: Dr. J. Tamarit

## Biopsia pleuro-pulmonar

Doctores A. Cantó, C. Muñoz, E. Blasco, V. Tarazona, M. Casillas y F. París

En el presente trabajo traemos a consideración la estadística de nuestro Servicio sobre la biopsia pleuro-pulmonar, iniciada hace poco más de un año, y que cuenta en la actualidad con unas 80 exploraciones.

El motivo principal que nos llevó a practicarla fue el de llegar al conocimiento histopatológico, tan preciso en ciertos procesos, especialmente en los derrames pleurales de etiología desconocida, en los tumores inoperables con broncoscopia negativa y en las fibrosis pulmonares.

### METODICA

*a)* **Derrames pleurales:** Para el estudio de los derrames pleurales se han utilizado las siguientes técnicas: 1) Punción con aguja de Silverman. 2) Punción con aguja de Abrams. 3) Biopsia dirigida a través de toracoscopia.

El mayor número de exploraciones corresponde a las realizadas bajo visión endoscópica. Ello tiene una explicación: En los ocho primeros casos, empleamos la aguja de Silverman consiguiendo sólo un 50 por 100 de positividad. Esto nos indujo a pensar en otros métodos como el de Abrams o la toracoscopia, con el fin de aumentar nuestra afectividad. Como la aguja de este autor tardó en llegar a nuestras manos, optamos por la última técnica (figura 1), obteniendo unos resultados muy alentadores que nos hicieron olvidar los métodos de

punción ciega. Con este fin, recurrimos a un toracoscopio de la época de Jacobeus, al que completamos con una óptica de luz fría. En ocasiones empleamos el propio tubo de broncoscopio.

*b)* **Tumores pulmonares:** En la patología tumoral, la biopsia se realizó siempre con la aguja de Silverman, reservándola para los casos no susceptibles de toracotomía.

*c)* **Fibrosis pulmonares:** Hasta el momento, en los casos de fibrosis y enfermedades sistémicas con afectación pulmonar, se ha preferido la toracotomía mínima.

Con estas técnicas se han practicado 80 exploraciones pleuro-pulmonares en 74 enfermos procedentes del Servicio de Cirugía Torácica y de la Sección de Neumología de la Ciudad Sanitaria "La Fe". En seis de ellos se repitió la biopsia con técnica diferente a la usada anteriormente. En dos toracoscopias nos conformamos con la visión pleuro-pulmonar.

### RESULTADOS

La figura 2 muestra el total de exploraciones y los distintos procedimientos empleados. En la figura 3 describimos los diversos problemas clínicos que motivaron la biopsia, destacando un mayor porcentaje de derrames pleurales y tumores pulmonares. Entre los primeros incluimos algún caso de engrosamiento pleural sin carácter

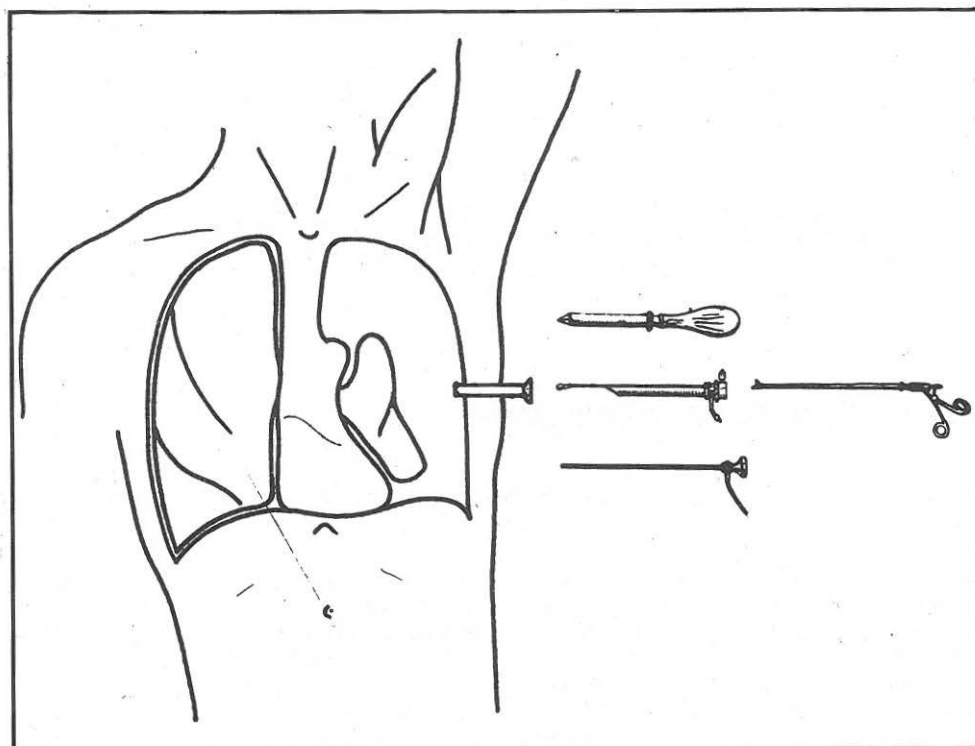


Figura 1

exudativo, que planteó problemas diagnósticos con el mesotelioma u otra neoformación infiltrante.

Dentro de la patología no tumoral, consideramos a las fibrosis pulmonares, a las enfermedades de sistema y a ciertas neumonitis seudotumorales de difícil diagnóstico. En el recuadro de tumores mediastínicos se incluyen tres observaciones en las que se practicó la punción: Un tumor del ángulo costovertebral, y otros dos del mediastino anterior y medio, que al adquirir gran tamaño, contactaban casi con pared torácica.

En la figura 4 vemos los resultados obtenidos según las diferentes técnicas, con un 57 por 100 de positividad para el Silverman, un 87 por 100 para la toracoscopia, un 50 por 100 para la aguja de Abrams y un 100 por 100 para la toracotomía.

Con respecto a la técnica de Silverman, se ha de hacer constar su mayor rentabili-

dad en el caso, de que el proceso sea pulmonar en vez de pleural (72 por 100 de positividad en el primer caso y 50 por 100 en el segundo). Tal es así, que hasta en los derrames pleurales, el cilindro obtenido después de la evacuación contiene muchas veces parénquima de vecindad, cuyo estudio puede ser de mucha utilidad e influir en la decisión del patólogo.

Como complicaciones de este método, señalaremos la aparición de neumotórax en tres ocasiones, y la presencia de expectoración hemoptoica en tres casos más.

Hay que destacar la superioridad de la toracoscopia en el estudio de la patología pleural, pudiéndola considerar como el método exploratorio de elección en este tipo de afecciones. Sin embargo, su utilidad puede extenderse a otros campos. En la actualidad tenemos en estudio el empleo de esta técnica para obtener biopsias de los procesos que afectan a la periferia pulmonar, como tumoraciones subpleurales,

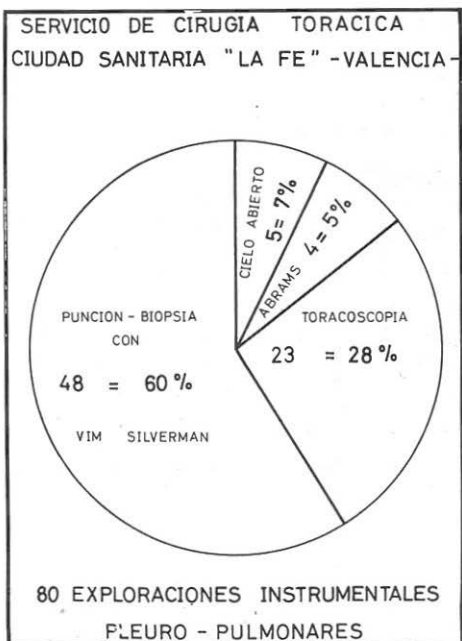


Figura 2

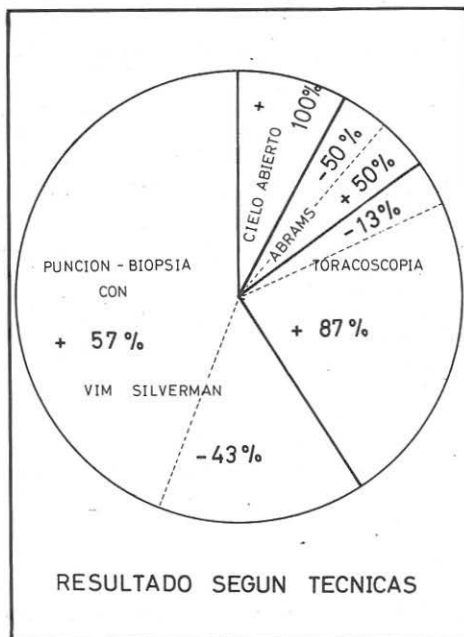


Figura 4

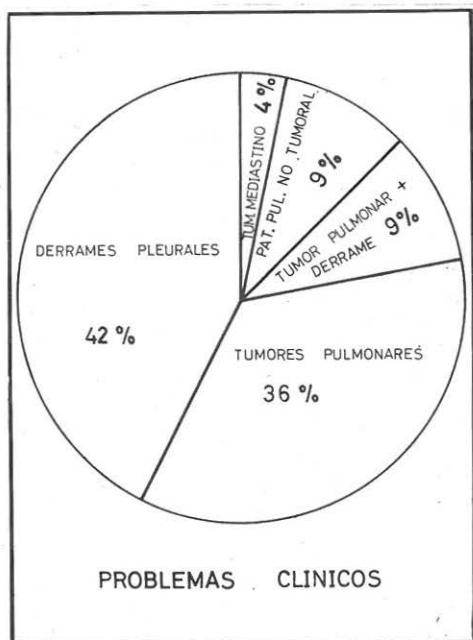


Figura 3

carcinomatosis alveolar, fibrosis pulmonares, etcétera.

El cuadro 1 muestra los resultados emitidos por el Servicio de Anatomía Patológica, lo cual no quiere decir que correspondan al diagnóstico definitivo del proceso. Efectivamente, en la figura 5 puede verse el porcentaje de falsos diagnósticos. Como tales hemos considerado aquellos en los que la biopsia se tomó de una zona pleuro-pulmonar o de una lesión concomitante no significativa. Posteriormente la evolución clínica nos demostrará su falsedad.

En la misma figura se establece la diferencia entre el diagnóstico de precisión y el nosológico. Para hablar del primero hemos exigido, en el caso de un tumor, que se especificase su tipo, no contentándonos con el concepto de malignidad. En la patología no tumoral hemos sido más benévolos, conformándonos con los diagnósticos de neumonitis, fibrosis, inflamación pleural inespecífica, etcétera.

Como biopsias no estudiadas se comprenden los casos cuyas muestras han resultado ser: pared torácica, diafragma, cilin-

## CUADRO 1

### Diagnósticos histológicos de las biopsias

|                                  |   |   |    |
|----------------------------------|---|---|----|
| C. anaplásicos ... ..            | 9 | Memangiopericitosis ... ..              | 1  |
| Diagnóstico de malignidad ... .. | 7 | Fibrosis pulmonar y pleural ... ..      | 13 |
| C. epidermoide ... ..            | 4 | Inflamación pleural inespecífica ... .. | 6  |
| C. sólido ... ..                 | 3 | Neumonitis ... ..                       | 4  |
| Adenocarcinoma ... ..            | 3 | Sarcoidosis ... ..                      | 1  |
| C. bronquioalveolar ... ..       | 2 | Silicosis ... ..                        | 1  |
| Mesotelioma ... ..               | 2 | Pulmón normal y colapsado ... ..        | 4  |
| Linfoma ... ..                   | 2 | Pared torácica ... ..                   | 6  |
| Lipoma ... ..                    | 1 | Necrosis ... ..                         | 4  |
| Simpaticoblastoma ... ..         | 1 | Muestra no estudiable ... ..            | 4  |

dro hemático, etcétera. Del mismo modo se consideran como no concluyentes aquellos otros con diagnóstico de necrosis, en los que patólogo no se definió entre un proceso tuberculoso o tumoral.

### COMENTARIO

Considerando los resultados anteriormente expuestos, llegamos a la conclusión de que esta exploración es de mucha utilidad para el clínico, por lo que debe generalizarse, prodigándose con más frecuencia.

En los derrames pleurales es preferible la biopsia bajo control endoscópico a las otras técnicas de Silverman, Abrams, Cope, etcétera, y esto por varias razones: *a)* nos da una visión completa de la cavidad torácica, permitiendo biopsiar la región macroscópicamente afecta. *b)* Hace posible el estudio de la zona diafragmática, poco accesible a las punciones. *c)* Los bocados obtenidos con la pinza son muy superiores a los de las agujas. *d)* Puede constituir una vía de talcaje terapéutico. *e)* No produce neumotórax, debido al pequeño drenaje que se coloca. El único requisito que precisa es la existencia de una cámara pleural libre. Todo proceso infiltrante o con paquipleuritis, será susceptible de una biopsia por punción.

Con respecto a la indicación de la biopsia en los tumores, debe restringirse a los casos en que no haya posibilidad quirúrgi-

ca, pues cuando se prevea una intervención curativa, no se debe correr el riesgo de la contaminación parietal. Habida cuenta de esto, preferimos la punción a la toracotomía mínima. Igualmente señalemos que esta exploración se practicará después de intentar la biopsia por medio de la broncoscopia. Cuando ésta sea negativa, practicaremos la punción biopsia si el tumor es periférico o ha crecido lo suficiente para contactar con la pared. En los tumores centrales y en aquellos que la radiología muestre adenopatías mediastínicas, aconsejamos la mediastinoscopia.

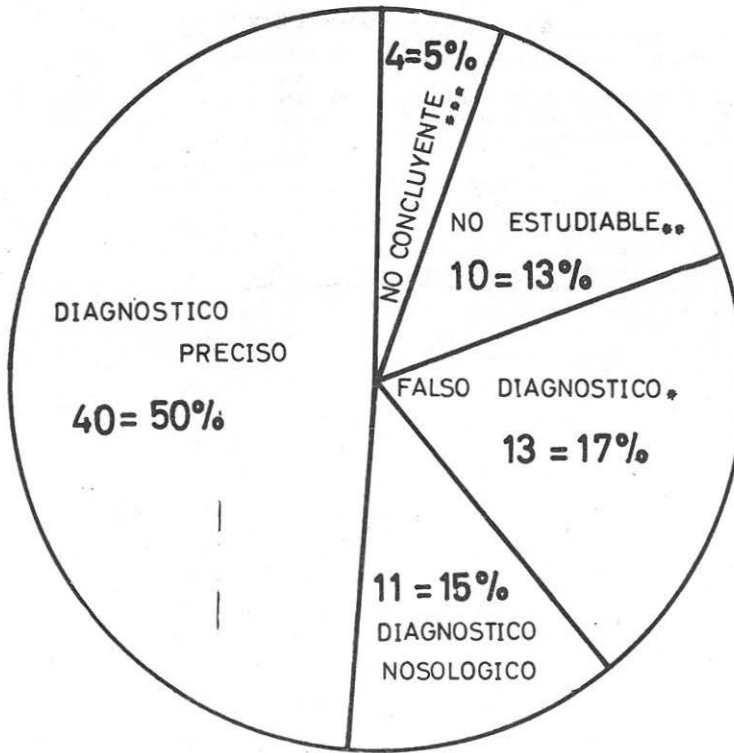
Si la punción se muestra inefectiva, puede recurrirse en último extremo a la toracotomía mínima. De este modo llegaremos a un conocimiento histopatológico que matizará nuestra ulterior terapéutica.

En las fibrosis pulmonares hemos venido practicando, hasta ahora, la biopsia a cielo abierto, aunque todavía no tenemos un criterio sobre el proceder de elección. Por el momento no hemos utilizado la biopsia con trépano y desconocemos las posibilidades de la toracoscopia para obtener un bocado de la periferia pulmonar.

### RESUMEN

Se considera la estadística del Servicio de Cirugía Torácica de "La Fe", con 80 exploraciones pleuro-pulmonares practicadas mediante Silverman, aguja de Abrams,

## EFECTIVIDAD DE LA EXPLORACION



\* No concordante con la clinica por toma de zona normal o lesion no significativa

\*\* Pared toracica o cilindro hematico

\*\*\* Necrosis.

Figura 5

biopsia toracoscopia y toracotomía mínima. Se exponen los porcentajes de positividades con un 57 por 100 para el Silverman y un 87 por 100 para la toracoscopia. Se destaca la superioridad de esta última en el estudio de la patología pleural. Se clasifican los resultados histológicos en diagnósticos de precisión, nosológicos, falsos,

no estudiables y no concluyentes. Se hacen unas consideraciones finales analizando las ventajas e inconvenientes de los distintos métodos según el tipo de patología.

### BIBLIOGRAFIA

1. **Abrams, L. D.:** "A pleural-biopsy punch" *Lancet*, 1, 30 (1958).

2. **Andrews, N. C., y Klassen, K. P.:** "Eight year's experience with pulmonary biopsy". *J. A. M. A.*, 164, 1061 (1957).
3. **Copa, C.:** "New pleural biopsy needle". *J.A.M.A.*, 167, 1107 (1958).
4. **Choffel, Cl., y Chretien, J.:** "Etude critique de 250 ponctions biopsies de la plèvre pariétale á l'aiguille d'Abram". *J. Franc. Med. Chir. Thora.*, 16, 571 (1962).
5. **Dahlgren, S., y Nordenström, B.:** *Transthoracic needle biopsy*. Almqvist-Wiksell. Stokholm, 1966.
6. **Fleishman, S. J.; Lichter, A. I.; Buchanan, G., y Sichel, R. J. S.:** "Investigation of idiopathic pleural effusions by thoracoscopy". *Thorax*, 11, 324 (1956).
7. **Friedel, H. (Magdeburg):** "The importance of bronchological examination in case of pleural disease". *Les Bronches.*, 20, 77 (1970).
8. **Gaensler, E. A.; Moister, V. B., y Hamn, J.:** "Open-lung biopsy in diffuse pulmonary disease". *New Engl. J. Med.*, 270, 1319 (1964).
9. **Lauby, V. W.; Burnette, E.; Rosemond, G. P., y Tyson, R.:** "Value and risk of biopsy of pulmonary lesions by needle aspiration". *J. Thor. Card. Surg.*, 49, 159 (1965).
10. **Manresa, G.; Juncosa, J., y Bieto, E.:** "La biopsia de pulmón quirúrgica". *An. Med.*, 46, 68 (1960).
11. **Roche, G.; Delanoë, Y., y Moayer, N.:** "Talcage de la plèvre sous pleuroscopie résultats, indications, technique". *J. Franc. Med. et Chir. Thor.*, 17, 677 (1963).
12. **Sattler, A.:** "La biopsia pleural. Resultados e importancia práctica". *Symposium Ciba.* (ed. español) 9, 109 (1961).
13. **Shields, T. W. y Sweeny, S. K.:** "Luna biopsy". *Surg. Gyn and Obst.*, 110, 585 (1960).
14. **Steel, S. J., y Winstanley, D. P.:** "Trephine biopsy of the lung and pleura". *Thorax*, 24, 576 (1969).
15. **Theodos, P. A.:** "Lung biopsy in the diagnosis of the pneumoconiosis". *Dis. Chest.*, 53, 271 (1968).
16. **Trummer, M. J.; Sher, M. H.; y Arnold, H. S.:** "Open lung biopsy" *Arch. Surg.*, 95, 120 (1967).
17. **Vara, F.:** "La biopsia pleuro-pulmonar en el diagnóstico de las enfermedades broncopulmonares". *Segunda ponencia al III Congreso de Patología Respiratoria*. San Sebastián. 17-20 junio 1970.