

Biopsia bronco-pleuro-pulmonar

Doctores Giménez de Leyva, Ortiz Campos y Pursell Ménguez

Para establecer un diagnóstico de certeza de neoplasia intratorácica se utilizan una serie de métodos que subsiguen a los procedimientos de diagnóstico radiológico y biohumoral, a los que complementan en la mayoría de los casos. Estos procedimientos tienen, aparte de su valor diagnóstico, otras finalidades. Por ejemplo, durante la broncoscopia y la toracotomía exploradora, tene-

mos conocimiento de las posibilidades operatorias del caso, lo cual es de una gran trascendencia.

Recientemente hemos hecho una revisión de los casos de biopsia que hemos tenido ocasión de practicar durante los años 1967, 68 y 69, cuyas cifras se exponen en el siguiente cuadro:

METODOS DE EXPLORACION-BIOPSIA EN EL CANCER BRONCOPULMONAR (Años 1967, 1968 y 1969)		
	<u>Número</u>	<u>Positivo</u>
Número total de exploraciones	459	
Número total de positivities		267
A) METODOS PRINCIPALES		
1. Citología exfoliativa	361	182
a) Examen directo de esputos	48	45
b) Examen del aspirado bronquial	221	105
c) Examen del líquido pleural, previa toracentesis.	92	32
2. Biopsia broncoscópica	67	56
3. Toracotomía exploradora	25	24
B) METODOS SECUNDARIOS		
1. Punción trasparietal	4	3
2. Biopsia pulmonar a cielo abierto	0	0
3. Biopsia pleural	0	0
4. Biopsia preescalénica de Daniels	2	2
5. Biopsia previa mediastinoscopia	0	0
6. Biopsia previa toracoscopia	0	0
7. Investigación de células cancerosas en sangre	0	0

Analizaremos brevemente cada uno de estos métodos, contrastando los resultados obtenidos en otras estadísticas con los conseguidos por nosotros examinando el material de los tres últimos años.

A) METODOS PRINCIPALES

1) CITOLOGIA EXFOLIATIVA

Consiste en la búsqueda de las células malignas en la expectoración pulmonar, en el producto obtenido por aspiración broncoscópica y en líquido pleural obtenido por toracentesis.

Al principio no se concedió un gran valor al método ya que los citólogos afirmaban taxativamente que para el diagnóstico del cáncer no bastaban células sueltas que, morfológicamente, eran casi iguales a las normales. Actualmente sabemos que la célula suelta, especialmente por las alteraciones del núcleo, permite a un histopatólogo experimentado afirmar, con muy poco error, el diagnóstico de malignidad. Por otra parte, en el proceso exfoliativo, muchas veces se desprenden grupos celulares que, en muchas ocasiones, permiten tipificar histológicamente al tumor. Muchos citólogos afirman que el cáncer bronquial de células escamosas puede ser identificado, por estos procedimientos, en el 80 por 100 de los casos.

a) Examen directo de esputos

Los doctores Ripoll Gómez y Sancho Espiculé, que trabajaban en el Servicio de Oncología y ahora pertenecen al de Anatomía Patológica del Hospital de San Pablo, hicieron esta investigación sobre un grupo de enfermos con diagnóstico previo, de presunción, de neoplasia broncopulmonar. En algunos el diagnóstico era positivo, citológicamente hablando, pero fueron sometidos a dicha exploración para comprobar su efectividad. En algún caso sirvió para esclarecer el diagnóstico entre la tuberculosis y la neoplasia.

Se hicieron 48 observaciones. En 45 casos, lo cual representa un 93,7 por 100, pudo hacerse el diagnóstico de células tumorales. El diagnóstico histológico, adenocarcinoma, no pudo ser concretado más que en dos casos.

Se empleó la inclusión de todo el material en bloque de parafina y la tinción ulterior con hematoxilina-eosina y alguna otra

tinción especial para esclarecer las alteraciones morfológicas del núcleo, en los casos dudosos.

En la actualidad trabajan con el mismo objeto, pero utilizando el procedimiento de Papanicolaou.

b) Examen del aspirado bronquial

Parece ser, según la opinión de distintos autores, que sólo tiene sobre el examen directo de esputos la ventaja de su selectividad, al recoger material de la zona sospechosa. Nosotros consideramos esta circunstancia como importantísima para el diagnóstico. También debe ser tenido en cuenta que amplía las posibilidades de la broncoscopia, obteniendo secreciones de zonas no asequibles al broncoscopio y, por tanto, de casos que son más accesibles a la Cirugía.

Nuestro broncoscopista, el doctor Sanglas Casanovas, utiliza la aspiración simple con sonda fina dirigida al bronquio sospechoso. No suele utilizar la introducción previa de tres a cinco c.c. de suero salino isotónico como preconizan otros autores. Los resultados son similares a los que habitualmente se publican, aunque algo más bajos.

Sobre 221 broncoaspiraciones, practicadas en el trienio mencionado, se han conseguido 94 resultados positivos (42,53 por 100), 18 resultados positivos-dudosos y 11 más, positivos-dudosos, en los que casi se aseguraba el diagnóstico de malignidad, que otros métodos se encargaron de confirmar. Es decir, que el total de resultados positivos (positivos y positivos-dudosos-confirmados) fue de 105, lo cual representa un 47,5 por 100, cifra algo inferior a lo que indican las estadísticas consultadas.

Creemos que la proporción más bajas de nuestros resultados se debe al hecho de que nosotros la deducimos de la totalidad de las broncoaspiraciones que, algunas veces, por hacerse de un modo sistemático, han seguido a una broncoscopia hecha con la finalidad de diagnosticar otro proceso no neoplásico. Además, las estadísticas consultadas no especifican ni la circunstancia mencionada ni si se refieren a la totalidad del diagnóstico citológico (esputo y BAS) o sólo a la broncoaspiración. A nosotros nos ha parecido más correcto hacerlo por separado y contrastar los resultados con la

totalidad de las exploraciones bronquiales porque la mayoría de las veces han sido indicadas por una sospecha de neoplasia broncopulmonar con o sin imagen radiológica sugeridora de la misma.

La técnica empleada por nuestro anatomopatólogo, el doctor Ortiz Campos, es la siguiente: Fijación rápida con alcohol-eter, coloración nuclear con hemalumbre y coloración de fondo con eosina-verde-luz.

Los resultados de la tipificación histológica han sido brillantes. Se han conseguido tipificar 86 casos (67 malpighianos; 19 anaplásicos), que, referidos a los 94 casos de diagnóstico positivo rotundo, representan el 91,48 por 100 de diagnóstico histopatológico positivo; y si los referimos a los 105 casos, de los resultados positivos y positivos-dudosos-confirmados, representan el 82 por 100.

c) Examen del líquido pleural

La frecuencia de la invasión pleural del cáncer broncopulmonar oscila alrededor del 30 por 100. No obstante, las estadísticas fluctúan extraordinariamente. Así, Budinger señala el 80 por 100, en tanto que Howell sólo el 8 por 100. Estas diferencias tan notables pueden ser debidas al criterio, citológico o histológico, de apreciación y a la distinta tipología de la invasión pleural. Es generalmente admitido que el adenocarcinoma es responsable de la mayor parte de las invasiones pleurales (para Budinger el 80 por 100; para Umiken, el 50 por 100). Naturalmente, si anotamos el número de invasiones pleurales sobre una estadística de neoplasias diagnosticadas principalmente por exploración bronquial, en las que se detectan más frecuentemente los tipos epidermoide y anaplásico, las cifras serán forzosamente bajas. Las características macroscópicas del líquido pleural no permiten hacer un diagnóstico de presunción. Sin embargo, el derrame pleural hemático, aparecido en el curso de una neoplasia, según nuestra experiencia, permite asegurar la invasión pleural y contraindicada la intervención, aunque, según otros criterios, se haya propuesto la pleurectomía paliativa, sintomática.

Nosotros hemos obtenido 32 resultados positivos sobre 92 exámenes, lo cual representa un 34,78 por 100 de positividad. En todos los casos fue posible la tipifica-

ción de la neoplasia, que en 24 casos fue adenocarcinoma, lo cual representa el 75 por 100 de todos los tipos histológicos.

La metódica seguida por nuestro anatomopatólogo, el doctor Ortiz Campos, ha sido: centrifugación, tinción con hematoxilina-eosina y, a veces, con el Giemsa. Cuando se obtiene material suficiente, inclusión en parafina hematoxilina-eosina.

Resumen y comentario para el método citológico: Como hemos expuesto, los métodos de diagnóstico citológico en el cáncer broncopulmonar permiten detectar las células tumorales por encima del 50 por 100 de los casos. En gran número de ellos permiten también la tipificación histológica del tumor. Las cifras más altas se obtienen en el cáncer epidermoide central, en el cual los porcentajes llegan al 90 por 100. Dadas, pues, estas cifras demostrativas de su eficacia y considerando las ventajas de orden práctico del examen citológico del esputo creemos que dichas técnicas deben ser prodigadas y aplicadas precozmente en los casos que muestren una sintomatología, aunque sea limitada, sospechosa de la existencia de una neoplasia broncopulmonar.

2) BIOPSIA BRONCOSCOPICA

Aparte del valor de la broncoscopia, como visualizadora del tumor, que permite un diagnóstico macroscópico de una seguridad sorprendente, cuando el broncoscopista es avezado la broncoscopia permite sentar conclusiones sobre la operabilidad del caso y, en el terreno que nos ocupa, la toma directa de material de biopsia que proporciona un diagnóstico histológico en el 50 por 100 de los casos.

El aspecto endoscópico permite vislumbrar el tipo de neoplasia (los mamelones sugieren el tipo epidermoide; las infiltraciones estenosantes el tipo anaplásico), pero el margen de error es tan importante (del 75 al 50 por 100) que dichas apreciaciones no deben ser tenidas en cuenta.

Hemos practicado 67 biopsias bronquiales en el trienio mencionado (sobre 221 broncoaspiraciones representan el 30 por 100). El resultado positivo se ha conseguido en 56 casos, es decir, en el 83,55 por 100.

Los tipos histológicos conseguidos han

sido los siguientes: Malpighianos, 35 (62,50 por 100); Anaplásicos, 18 (32,14 por 100); Carcinoides, dos (3,57 por 100); Cilindromas, uno (1,78 por 100).

Las cifras obtenidas son similares a las que habitualmente se obtienen, si bien las de tipificación son inmejorables, ya que alcanzan al 100 por 100 de los resultados positivos.

La metódica seguida para el examen fue la siguiente: Inclusión en parafina, tinción con hematoxilina-eosina y tricrómico. Esta misma metódica es la seguida para todas las biopsias que mencionamos después.

3) TORACOTOMIA EXPLORADORA

En el trienio mencionado hemos indicado 25 toracotomías con finalidad exploradora, buscando un diagnóstico histológico que la biopsia bronquial o la citología o algún otro método no nos había proporcionado. No damos valor de certeza al diagnóstico macroscópico endobronquial, ni al diagnóstico radiológico, pese a que la experiencia nos va confirmando que tanto nuestro broncoscopista como nuestro hábito de diagnosticar fallan, desgraciadamente, muy pocas veces. Decimos desgraciadamente porque los casos que con tanta facilidad diagnosticamos suelen ser casos avanzados, aunque sean de escasa y reciente sintomatología, en los que la intervención no es posible o es muy difícil o condiciona un mediocre resultado.

De estas 25 toracotomías, el diagnóstico se confirmó por biopsia peroperatoria en dos ocasiones y en otras 22 lo fue por el examen de la biopsia pulmonar recogida al efecto o por el examen de la pieza operatoria.

Llamamos peroperatoria a la biopsia que se obtiene cuando se llega a la zona sospechosa y esperando, mientras se prepara el campo operatorio, el diagnóstico inmediato del histopatólogo, antes de adoptar una decisión quirúrgica sobre el pulmón.

El diagnóstico histopatológico fue el siguiente: 10 malpighianos, cinco anaplásicos, tres reticulosarcomas, dos carcinomas alveolares, un epiteliooma metastásico, un fibroma tipo celular y un neumatocele.

En 13 casos, la exploración intratorácica con fines quirúrgicos demostró que se trataba de casos inextirpables. En 12 se practicó la intervención: cuatro neumonecтомías, tres lobectomías, una segmentectomía, tres resecciones del tumor y una extirpación del neumatocele, único error diagnóstico de tumor. Hubo otro error, con un supuesto neurinoma que resultó ser un reticulosarcoma.

B) METODOS SECUNDARIOS

Ni la biopsia pulmonar a cielo abierto ni la biopsia previa toracoscopia (y previa instauración de un neumotórax) nos parecen métodos ventajosos sobre los ya descritos.

No hemos tenido ocasión de practicar en este trienio ni la biopsia pleural ni la mediastinoscopia.

No tenemos experiencia sobre la investigación de células cancerosas en sangre circulante.

Nuestra experiencia se reduce, en este plazo, a cuatro punciones transparietales y a dos biopsias de Daniels. Las punciones fueron positivas en tres casos (un malpighiano, un anaplásico y un adenocarcinoma metastásico). La biopsia de Daniels fue positiva en las dos ocasiones (dos epitelioomas).

Terminamos esta sencilla exposición de nuestra experiencia sin comentario alguno, aunque creemos que debe hacerse una consideración final.

La mayor parte de las veces que, con tanta facilidad, diagnosticamos una neoplasia broncopulmonar se trata de una neoplasia inoperable. La conclusión no puede ser otra que la que sigue: que debemos adelantarnos y sospechar la neoplasia antes de que aparezca; que debemos extremar las exploraciones y no ser conformistas aplazándolas para una observación posterior.

Fue aleccionador para nosotros, y quisieramos que lo fuese para todos, el caso de un médico que, al conocer el diagnóstico de neoplasia broncopulmonar de su padre, se desesperaba porque no había valorado convenientemente una expectoración hemática, aparentemente sin trascendencia, que había presentado un año antes.