

Consideraciones sobre la punción transparietal en el diagnóstico dudoso de los procesos quísticos del pulmón

Doctor S. Almansa de Cara

El diagnóstico del quiste hidatídico del pulmón es, por lo general, empresa fácil; pero a veces tropieza con grandes dificultades, por no existir signos clínicos, radiológicos, ni biológicos de absoluta certeza, siendo por ello múltiples las posibilidades de confusión. Desde hace veinticinco años hemos recurrido a la punción transparietal en contadas ocasiones de diagnóstico dudoso de quiste hidatídico, la que nos sirvió unas veces para confirmar su presencia, otras, para eliminarla, y en casos determinados, para captación de material biopsico.

Nuestros primeros resultados fueron presentados en la Academia Médico-Quirúrgica de Madrid y publicados en la Revista "Clínica Española" (31 de mayo de 1947). Tras el auge de la toracotomía exploradora la hemos prodigado menos, sin que ello quiera decir que actualmente la consideremos proscrita.

De siempre, también, se eligió como neoformaciones pulmonares de aspecto quístico, con eosinofilia y Cassoni positivos,

que resultaron después sarcomas, cánceres o hematocondromas del pulmón.

De siempre, también se eligió como dogma en Hidatología, según el cual las hidatides, cualquiera que fuera su localización, jamás debían puncionarse, y Devé, el gran conocedor de la hidatidosis, afirmaba en su tiempo que "debemos abstenernos de hacer la punción cuantas veces exista la sospecha de un quiste hidatídico".

Evidentemente, una punción sin reparos ofrece en casos de localización pulmonar varios peligros, desde el shock anafiláctico a la ruptura del quiste, con su vaciamiento en el espacio pleural e hidroneumotórax sofocante, o en el árbol bronquial, con manifestaciones asfícticas.

Aceptanto estas posibilidades, y con el fin de evitarlas, nos impusimos desde el principio tres condiciones exigibles para ejecutar sin peligro la punción transparietal en ciertos casos de diagnóstico dudoso.

Primera: *Que los signos biológicos, Cassoni y Eosinofilia sean negativos*, lo que

traduce una falta de "sensibilización" al antígeno hidatídico, y por consiguiente la ausencia de su poder "desencadenante" para motivar una "situación anafiláctica".

Segunda: *Que la neoformación pulmonar sea periférica*, pues en las de localización centroparenquimatosa, rodeada de parénquima pulmonar abundante, es grande el riesgo de una embolia gaseosa.

Tercera: *Que exista sínfisis pleural*. Son precisamente las neoformaciones que llegan a contactar con la pared torácica las que provocan la obliteración de la cavidad pleural, y en el caso de hidátide, por una pleuritis reactiva bien seca como la evidenció Devé, o exudativa como fue demostrada por Cranwel, originando lo que Bonoba calificó de "córstico pleuritis quística".

Cuarta: *Neumotórax de prueba*. No obstante lo anterior, y como a pesar de las apariencias puede haber espacio libre, para garantizar la existencia de la sínfisis pleural, recurrimos al neumotórax como medio más seguro, y que reputamos inocuo en manos habituadas.

Consecutivamente al intento de neumotórax, son varias las circunstancias que se nos pueden presentar:

a) *Que exista obliteración pleural*, quedando facultados para la punción con aguja montada sobre jeringa, que con la más mínima aspiración penetra en ella el líquido como "agua de roca" liberándonos de golpe de nuestras dudas.

b) *Que la punción sea blanca*, por penetrar la aguja en una masa parenquimatosa, que al ser aspirada arrastra a la luz de la misma exudado suficiente, equivaliendo a una captación biópsica, para ulterior examen histológico.

c) *Que el espacio pleural sea libre*, y en este caso podemos optar por la toracotomía exploradora, siempre de mayor peligro que la punción biópsica.

Siguiendo esta técnica durante cinco lustros, pudimos resolver nuestras dudas en 13 casos que reputamos indispensables, sin tener que lamentar por fortuna ningún accidente.