

En el cáncer, el número de positividades es muy elevado y en los últimos tres años se acercó al 40 por 100.

Aparte de las posibilidades diagnósticas en el cáncer de pulmón —aspecto importante—, la mediastinoscopia, en nuestro criterio, puede evitar muchas toracotomías exploradoras que, como es sabido, aparte de ser una técnica quirúrgica más agresiva, tiene una mortalidad no despreciable.

En resumen: A pesar de los detractores que tiene la mediastinoscopia en el cáncer broncogénico, etcétera, nosotros creemos que es un método que en ocasiones tiene un gran valor en el diagnóstico y con posibilidades pronósticas muchas veces, caren-

te prácticamente de mortalidad y que evita muchas toracotomías innecesarias. Este criterio sobre las toracotomías innecesarias ya lo defendimos en el 1959 en la Academia Médico-Quirúrgica de Madrid con motivo de una intervención a la Comunicación sobre cáncer de pulmón José Alix Alix, refiriéndose entonces al Daniels y a sus variantes, que practicábamos en esa época, y este mismo criterio lo sostenemos hoy respecto a su ampliación que es la mediastinoscopia.

En algunos casos de enfermedades pleuropulmonares puede ser un método diagnóstico "muy útil" después de agotar todos los métodos más simples.

Miastenias gravis

Doctor F. Serrano Muñoz

La miastenia gravis es una enfermedad que se considera no obedece a ninguna regla, y se le han achacado diferentes etiologías.

Pensando en la gran importancia que tiene la acetilcolina en el mecanismo de la contracción muscular, se ha considerado que la miastenia sería originada por un defecto de sensibilidad del músculo estriado a la acetilcolina; otros creen que el defecto asienta en la síntesis de la acetilcolina, y otros, en cambio, en una destrucción de la acetilcolina por la colinesterasa.

Actualmente se cree que la miastenia gravis es una enfermedad autoinmune, en la que el timo tiene un papel importante mediante la secreción de un autoanticuerpo antimuscularínico. Los que apoyan esta teoría se fundan en la presencia de autoanticuerpos en los músculos esqueléticos, la asociación con otras enfermedades autoinmunes: poliartritis, lupus eritematoso, poliomiocitis, etcétera, y también la asociación de la miastenia, en el 50 por 100 aproximadamente de los casos, con ano-

malías tímicas: hiperplasias tímicas, timomas.

No está de acuerdo con esta teoría el hecho de que las parálisis generalmente sean localizadas: músculos oculares, músculos de la nuca, deglución, y a veces respiratorias, y también el hecho de que no todos los casos obedecen a la timectomía.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se funda en las manifestaciones clínicas. El síntoma cardinal es la miastenia, cansancio muscular, que aparece con el mínimo ejercicio físico, con un gran retraso en la recuperación del tono muscular, síntoma que lo diferencia de las otras miastenias: neuróticas, tiroideas, etcétera.

Dentro de la clasificación clínica, tenemos la clasificación de Osseman, la más generalizada, que además de ser muy completa nos sirve de orientación pronóstica.

Las clasifica en cinco grupos:

- Grupo I: Afectación ocular.
Grupo II: Miastenia gravis moderada más afectación ocular.
Grupo III: Miastenia generalizada, afectación ocular más afectación ligeramente bulbar.
Grupo IV: Miastenia grave generalizada con bastante afectación bulbar, que se desarrolla en el transcurso de pocas semanas o meses, y que generalmente necesita la traqueotomía y la respiración asistida.
Grupo V: Miastenia grave tardía con grave afectación bulbar y que es el estado avanzado de los grupos I, II y III.

Dentro del diagnóstico es importante la prueba de exploración del dedo índice: En los sujetos normales se pueden mantener los párpados abiertos mirando la punta del dedo índice por más de un minuto; no sucede así en la miastenia grave, en la que el párpado superior empieza a caerse a partir de los treinta segundos.

Es importante desde el punto de vista diagnóstico la mejoría que experimentan estos sujetos con el tratamiento de prostigmina, cosa que no sucede en el resto de las miastenias.

En el estudio electromiográfico se observa una disminución en el número y amplitud de las unidades motrices.

Nos queda como último recurso diagnóstico la biopsia muscular.

PRONOSTICO

El pronóstico depende mucho de la intensidad de las miastenias. Dentro de la clasificación de Osserman, el pronóstico es muy bueno en el grupo I, donde se observa un 30 por 100 de remisiones espontáneas. En los grupos II y III, el pronóstico dependerá de la precocidad del tratamiento, siendo en estos grupos donde la cirugía puede tener mejores resultados. En los grupos IV y V, sobre todo en este último, el pronóstico suele ser malo, independiente del tratamiento médico quirúrgico.

Dentro del sexo, los mejores resultados se observan en las mujeres, sobre todo cuando son más jóvenes de cuarenta años y tienen un tiempo de evolución menor de cinco años.

La asociación de miastenia y timo ensombrece el pronóstico; desde el punto de vista de la miastenia, si aceptamos la teo-

ría de que el timo se asocia a la miastenia en un período tardío de su evolución, se deduce que el tratamiento quirúrgico precoz mejorará los resultados.

TRATAMIENTO MEDICO

En todo enfermo de miastenia se debe empezar con un tratamiento médico. Los dos medicamentos más usados son la prostigmina inyectable o en comprimidos de 15 miligramos, en los casos agudos, y mestinón en comprimidos de 60 miligramos, equiparables a los 15 miligramos de prostigmina, en los casos crónicos. Actualmente se aconseja hacer curas alternas de mestinón y prostigmina. La dosis dependerá de la gravedad de la miastenia. Es importante dar la dosis adecuada; tan malo es no dar la dosis suficiente como sobrepasarse. Para saber si estamos en dosis adecuada, tenemos la prueba de Tensilón; se administra un miligramo intravenoso, si mejoran los síntomas, se vuelve a inyectar cuatro miligramos, si continúa la mejoría, estamos ante un enfermo insuficientemente tratado; si sucede lo contrario, hemos sobrepasado la dosis. El efecto del Tensilón dura unos diez minutos.

La radioterapia a dosis de unos 3.000 r. es poco eficaz; su utilización dificultará las posibilidades quirúrgicas.

El tratamiento con ACTH e inmunodepresores está muy abierto a discusión.

La timectomía parece que tiene efectos beneficiosos sobre la miastenia gravis. La primera timectomía fue realizada por Sauerbruch en 1911. Posteriormente, en 1939, Blalock publica 20 casos con resultados altamente satisfactorios.

En la actualidad se considera indicada la timectomía en los casos siguientes:

Miastenia en mujeres menores de cuarenta años, con evolución menor de cinco años, que no responde al tratamiento médico adecuado.

En los hombres, los resultados de la timectomía son peores.

En las formas leves estaría indicada la timectomía cuando la respuesta al tratamiento médico no es constante.

En las formas graves, aunque los resultados son peores, la cirugía es la única esperanza, por ser el tratamiento médico a la larga ineficaz.

La asociación de timoma y miastenia empeora el pronóstico; la indicación quirúrgica, más que por su miastenia, es por la presencia del timoma.

TECNICA OPERATORIA

Es importante la preparación preoperatoria, calculando cuidadosamente la dosis adecuada de colinérgicos, dato importante para el tratamiento posoperatorio. Muy raramente se necesitará una traqueotomía previa a la operación.

Dentro de la anestesia es importante evitar el uso de los medicamentos curarizantes, por el efecto nocivo sobre la placa neuromuscular. Utilizamos como anestésico pentotal a pequeñas dosis, halotane y protóxido de nitrógeno.

Vía de abordaje

Cuatro son las vías de abordaje: La toracotomía anterolateral o posterolateral, para los casos donde exista la posible necesidad de traqueotomía posoperatoria, por el peligro de una mediastinitis en esternotomía asociada a una traqueotomía, y en los casos donde exista un timoma de localización predominantemente unilateral.

Esternotomía total, no utilizada por nosotros por la gran perturbación funcional pulmonar y la dificultad de la cicatrización de la herida, sobre todo en personas mayores.

La esternotomía parcial hasta el tercer espacio intercostal; tiene la ventaja esta vía de abordaje de la menor perturbación funcional que en la esternotomía total, ya que muchas veces no se abren pleuras, la mejor cicatrización de la herida y el ser menos dolorosa.

En los últimos casos hemos utilizado la vía cervical. La consideramos de gran utilidad por su traumatismo mínimo operatorio, su buena tolerancia y la facilidad de extraer el timo, sobre todo cuando se tiene experiencia en mediastinoscopia, y por tener un curso posoperatorio más suave.

CUIDADOS POSOPERATORIOS

Estos enfermos necesitan unos cuidados posoperatorios especiales, por lo que se

recomienda su asistencia inmediata posoperatoria en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Es muy importante mantener a estos enfermos en unas dosis adecuadas de colinérgicos en esta fase inmediata posoperatoria, donde el margen de seguridad medicamentosa es muy estrecho, para lo cual utilizaremos la prueba de Tensilón.

Es muy importante hacer una "toilette" adecuada del árbol traqueobronquial, para lo cual muchas veces será suficiente una buena fisioterapia respiratoria, complementada con un buen drenaje postural o unas buenas aspiraciones intratraqueales.

Antes utilizábamos casi sistemáticamente la traqueotomía posoperatoria, con todos sus inconvenientes, para poder superar las dificultades inmediatas a la operación; actualmente, con el cambio de la técnica operatoria, de la esternotomía parcial a la vía cervical, y el uso de la intubación intratraqueal prolongada, rara vez tenemos necesidad de la traqueotomía.

En muchos casos, la traqueotomía o la intubación intratraqueal debe complementarse con una respiración controlada o asistida.

RESULTADOS

Es opinión general que los mejores resultados se obtienen en mujeres de treinta a cuarenta años, sin timoma, con un tiempo de evolución menor de cinco años, en formas poco intensas, y cuando la operación ha sido precoz.

Perlo, estudiando 188 casos de miastenia gravis, con un tiempo de evolución posoperatorio de menos de un año, 7 por 100; de uno a seis años, 63 por 100; de seis a doce años, 21 por 100 y de doce a veintitrés años, 9 por 100, observa los siguientes resultados:

Mujeres operadas: Mejoría, 89 por 100; remisiones, 38 por 100.

Mujeres no operadas: Mejoría, 37 por 100; remisiones, 12 por 100.

Hombres operados: Mejoría, 37 por 100.

Como puede observarse, los resultados son mejores en las mujeres, y sobre todo cuando se les quita el timo.

No se puede hacer una verdadera comparación en los enfermos operados o no, porque generalmente los enfermos operados se incluyen entre los grupos avanzados de miastenia gravis, donde los resultados son peores sea cual fuere el tratamiento, y también porque muchos de ellos son enfermos en los que ha fracasado el tratamiento médico.

A resultados parecidos llegan los siguientes autores, con mejorías de: Buckenberg, 75 por 100; Lebrigand, 70 por 100; Kreel, 70 por 100, y Henson, 68 por 100.

Nuestros resultados del cuadro son un poco parecidos.

Hemos operados 12 casos de miastenia gravis, de ellos, dos hombres y nueve mujeres. La edad está comprendida entre los quince y cincuenta y cinco años. El tiempo de evolución desde el comienzo hasta la operación ha variado de nueve meses a cuatro años. Los síntomas generalizados estaban presentes en todos los casos. La electromiografía fue diagnóstica en todos los enfermos. En tres casos hubo afectación bulbar, con afectación de los músculos respiratorios. Las dosis de colinérgicos preoperatorios varió desde seis a 16 comprimidos en las veinticuatro horas.

En los primeros casos utilizamos la traqueotomía, en cambio, en los tres últimos, con el cambio de la técnica operatoria y la intubación intratraqueal, la traqueotomía no ha sido necesaria.

En el estudio anatomopatológico del timo pudimos observar los siguientes hallazgos: hiperplasia tímica en cinco casos, timo normal en otros cinco casos y en dos casos la miastenia se acompañó de timoma. En los dos casos de timoma, uno benigno murió al año, de su miastenia, incontrolada por el tratamiento médico; el otro, operado hace seis años de un timoma maligno, evolucionó favorablemente, pero hace dos meses hubo necesidad de reintervenir por recidiva de su timoma, siendo su miastenia controlada sin necesidad de colinérgicos.

En los diez casos de miastenia y sin timoma, en cuatro, la mejoría fue muy manifiesta; dentro de estos hubo dos remisiones; en cuatro casos la mejoría fue leve, y hubo dos fracasos.

La técnica empleada fue toracotomía posterolateral en un caso, esternotomía parcial, en siete casos, y la vía cervical, en cuatro casos.