

Mediastinoscopia * **

Nota previa

Dres. M. C. CAMAÑO,*** J. C. CASTIGLIONI **** y J. C. PRADINES *****

INTRODUCCION

Carlens (1) en 1959 describió la mediastinoscopia como un método para la inspección y biopsia del mediastino superior.

Su técnica, dirigida al estudio de pacientes con carcinoma broncopulmonar, la fundamentó en el alto porcentaje de toracotomías exploradoras en situaciones presumiblemente favorables para la terapéutica quirúrgica. Las cifras varían en distintas estadísticas (1, 2), pero en general el 40 % de los operados tienen lesiones irreseccables. La toracotomía exploradora realizada en esas condiciones patológicas tiene una mortalidad del 10 % (1, 2, 3).

Posteriormente las indicaciones se extendieron a afecciones de orden médico, broncopulmonares y mediastínicas (sarcoïdosis, linfomas; etc.).

Con la mediastinoscopia se demuestran metástasis mediastinales en el 30 % (4), 32 % (5), 37 % (6) de cánceres broncopulmonares presumiblemente operables, a veces contralaterales, que pasarían desapercibidas durante la exploración quirúrgica.

El procedimiento ha tenido difusión mundial, sobre todo en Europa. En la Argentina, Loro Marchese lo ha usado y difundido ampliamente (7).

En base a la experiencia mundial hemos creído conveniente realizar el método de Carlens para la exploración mediastínica, con el deseo de aportar elementos clínicos de valor en el estudio de los enfermos con afecciones pleuropulmonares y del mediastino.

LIMITACIONES

La mediastinoscopia permite explorar toda la región pretraqueal, paratraqueal derecha e izquierda, subcarinal, así como los bronquios fuentes. La palpación también puede reconocer elementos de vecindad. El mediastino posterior y la logia tímica están fuera del campo mediastinoscópico.

VENTAJAS

- Bien tolerada.
- Sin complicaciones.
- Exploración bilateral.
- Aporta material para estudio anatómopatológico.
- Precede a la toracotomía sin interferir con ella.
- Reúne las ventajas y elimina inconvenientes de las biopsias y exploraciones tipo Daniels (8), Harken (9), Radner (10) o Stemmer (11).

INSTRUMENTAL Y METODO

Debe ser realizada por un equipo quirúrgico, en sala de operaciones con anestesia general y con intubación endotraqueal.

Hemos usado un mediastinoscopio de fabricación nacional hecho en base a modelos extranjeros (1).

Se hace una cervicotomía transversa supraesternal y se llega al espacio peritraqueal por debajo del istmo tiroideo. Con disección roma se llega hasta la parte distal de la tráquea. Por el túnel se introduce el mediastinoscopio y previa punción se hace la toma biopsica.

Se cierra sin drenaje.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. W. Suiffet, Hospital Pasteur.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 26 de abril de 1967.

*** Asistente de Clínica Quirúrgica.

**** Adjunto de Clínica Quirúrgica.

***** Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.

COMPLICACIONES

Las molestias postoperatorias son mínimas.

En la literatura consultada sorprende el escaso número de complicaciones. Hay casos aislados de hemorragia, venosa o arterial, neumotórax, herida de esófago, parresias o parálisis recurrenciales.

OBSERVACIONES

Corresponden a los dos primeros pacientes en los que hemos aplicado el procedimiento.

OBSERVACIÓN N° 1.—I. R., 62 años. Historia Clínica 24.781. Supuración crónica de pulmón de siete meses de evolución. Radiología: cavidad de paredes gruesas, con brotes en el interior. Broncoscopia: no aportó datos positivos.

Mediastinoscopia (7 de abril de 1967): Exploración negativa, no hay ganglios. Biopsia del tejido subcarinal que no mostró anormalidades.

Operación (13 de abril de 1967): Se hizo una bilobectomía superior derecha por carcinoma de lóbulo superior adherido al lóbulo medio. No se encontraron adenopatías y no hubieron dificultades imputables a la mediastinoscopia realizada.

OBSERVACIÓN N° 2.—E. C., 70 años. Sala 7, Hospital Pasteur. Historia de tres meses de evolución con tos, disfonía y toque del estado general. Disminución de respiración en el hemitórax izquierdo. Broncoscopia: masa sangrante en bronquio fuente izquierdo no pudiéndose realizar biopsia.

Mediastinoscopia: Se encuentran ganglios paratraqueales y se hace biopsia a derecha.

RESUMEN

Se destaca el valor de la mediastinoscopia.

Se presentan las dos primeras observaciones realizadas por los autores en nuestro país.

RÉSUMÉ

On détache la valeur de la médiastinoscopie.

On présente les deux premières observations réalisées par les auteurs dans notre pays.

SUMMARY

The value of mediastinoscopy is discussed in conjunction with the first two cases reported in Uruguay.

BIBLIOGRAFIA

1. CARLENS, E. Mediastinoscopy: A method for inspection and tissue biopsy in the superior mediastinum. *Dis. Chest.*, 36: 343, 1959.
2. BOEREMA, I. Discusión en (4).
3. CARLENS, E. La mediastinoscopie dans le carcinome bronchogénique. *Les Bronches*, 15: 486, 1965.
4. PEARSON, F. G. Mediastinoscopy: A method of biopsy in the superior mediastinum. *J. Thorac. & Cardiovasc. Surg.*, 49: 11, 1965.
5. MAASSEN, W. *Les Bronches*, 15: 480, 1965.
6. REYNERS, E. Mediastinoscopy. *J. Internat. Coll. Surgeons*, 39: 597, 1963.
7. LORO MARCHESE, J. Comunicación personal.
8. DANIELS, A. C. A method of biopsy useful in diagnosing certain intrathoracic diseases. *Dis. Chest.*, 16: 360, 1949.
9. RADNER, S. Supraesternal node biopsy in lymphspreading intrathoracic diseases. *Acta Med. Scand.*, 152: 413, 1955.
10. HARKEN, D. E., BLACK, H., CLAUS, R. and FERRAND, R. E. A simple cervicomediastinal exploration for tissue diagnosis of intrathoracic diseases. *New England J. Med.*, 251: 1041, 1954.
11. STEMMER, E. A., CALVIN, J. W., CHANDOR, S. B. and CONNOLLY, J. E. Mediastinal biopsy for indeterminate pulmonary and mediastinal lesions. *J. Thoracic. & Cardiovas. Surg.*, 49: 405, 1965.