

## TEMAS LIBRES

# La mediastinopleurotomía en el diagnóstico del C.B.P.

Dres. Hugo Bertullo, Juan Chifflet, Carlos Domínguez,  
Gustavo Bogliaccini y Jorge Pomi

Se presenta la experiencia con 45 mediastinopleurotomías. Se hace una breve reseña histórica y se dan los argumentos para denominar esta operación. En el cáncer de pulmón tiene indicaciones exclusivamente diagnósticas: nosológica, histológica y de estadificación. 39 fueron utilizadas con criterio diagnóstico nosológico ó histológico y las 6 restantes para estadificación. Se concluye que éste procedimiento es útil en pacientes de alto riesgo y debe preferirse a la toracotomía exploradora cuando la resección quirúrgica sea imposible ó poco probable.

*Trabajo del Servicio Cirugía Torácica Hospital Saint Bois y equipo Cirugía Torácica CASMU.*

la exploración del espacio pleural, del parénquima de ese lado y del hilio pulmonar, lo que puede cambiar radicalmente la táctica a seguir. Este llevó a denominarla mediastinotoracotomía, pero a propuesta de Ruiz Liard (315) preferimos el nombre actual, que creemos es más adecuado quirúrgicamente.

## INTRODUCCION

Históricamente los métodos de exploración cruentos del mediastino fueron iniciados por Daniels, (78) quien introdujo la biopsia de la grasa preescalénica en 1949. Por vía cervical son Harken (138) en 1954 y Radner (294) en el año siguiente los que realizan la exploración de la cavidad mediastinal. La mediastinoscopia fue iniciada por Carlens (58) alcanzando una enorme difusión en todo el mundo.

La mediastinotomía paraesternal fue descrita por McNeill y Chamberlain en 1956; (195) sin embargo, la primera serie importante de casos es de Stemmer en 1965. (343)(344).

En nuestro país la técnica se comenzó a realizar en 1974 en el Instituto de Enfermedades del Tórax del Hospital Saint Bois por Sanjinés. (323). La primera publicación fue realizada por Brandolino en 1976 (290) seguida de la comunicación de Delgado en 1978. (86).

A esta operación que fue inicialmente denominada mediastinotomía por Chamberlain, nosotros la llamamos mediastinopleurotomía. Con este abordaje se puede realizar, además de la apertura y exploración mediastinal que fueron descrita por este autor,

## INDICACIONES

La operación tiene una indicación exclusivamente diagnóstica.

El primer criterio con el que fue empleada fue la estadificación de pacientes con lesiones mediastinales evidentes y en los cuales la biopsia permitió, de acuerdo a la exploración operatoria, etiquetar al enfermo como irreseccable por su extensión mediastinal. Un segundo grupo de enfermos tenían lesiones dudosas, que en 3 de nuestros casos confirmaron exploratoria e histológicamente invasión mediastinal no compatible con una resección pretendidamente curativa, mientras que otros 3 pacientes pudieron ser resecados.

El segundo criterio fue para pacientes que presentaban procesos mediastinales o paramediastinales que no habían sido nosológicamente etiquetados. La técnica permitió obtener una muestra de tejido adecuado para el diagnóstico anatomopatológico sin interferir la terapéutica posterior del enfermo en todos los casos.

Finalmente, en algunos casos se pudo obtener diagnóstico histológico definitivo de pacientes que si bien eran portadores de un neoplasma de pulmón, no se conocía su tipo histológico, lo que tiene importantes implicancias terapéuticas.

## TECNICA

El enfermo se coloca en decúbito dorsal, realizándose anestesia general. En la mayoría de los casos se empleó una incisión vertical paraesternal, centrada en el 2do. y 3er. cartílago. La incisión horizontal tiene la ventaja de que puede ser fácilmente ampliada para una mejor exploración de la cavidad torácica.

Presentado como Tema libre al XXXII Congreso Uruguayo de Cirugía, Carmelo, Noviembre de 1981.

Cirujano de Tórax, Hospital Saint Bois; Asistente Instituto Neumología; Residente Clínica Quirúrgica "1" y Profesores Adjuntos Clínica Quirúrgica "3".

Dirección: Andes 1418 Apto. 7. Montevideo (Dr. H. Bertullo).

Luego de la liberación de los plenos musculares se realiza la resección completa subpericondral del o los cartilagos. En la cara profunda paraesternal, se encuentran los vasos mamarios internos que son ligados en forma sistemática. La liberación de la pleura mediastinal hacia afuera permite una amplia visión sobre la cava superior, la aorta ascendente y la porción alta del pericardio, a derecha. La disección en

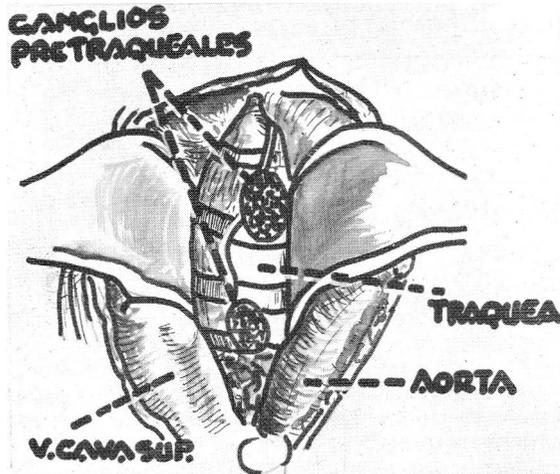


Fig. 1 - Visión esquemática observada durante una mediastinopleurotomía derecha.

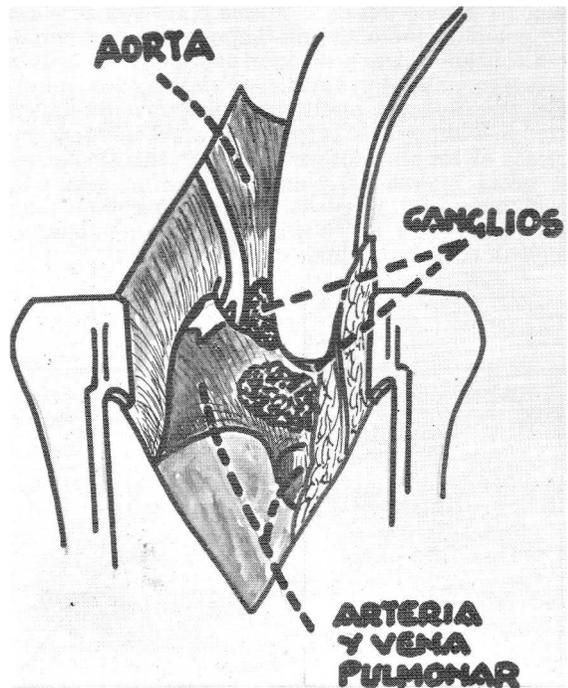


Fig. 2 - Esquema de las estructuras abordadas durante mediastinopleurotomía izquierda.

el plano intercavaoártico abre el acceso al sector traqueal. Del lado izquierdo, el cayado de la aorta y sus ramas hacen imposible la exposición de la región subcarinal. (ver figuras 1 y 2).

La apertura de la cavidad pleural posibilita la exploración de dicha cavidad, del hilio pulmonar y del parénquima.

La colocación de un drenaje habitual en cirugía de tórax es obligatorio.

### CASUISTICA

Nuestra casuística es de 45 enfermos. Las edades oscilaron entre un mínimo de 40 años y un máximo de 76, con una media de 57. El 35% de los pacientes tenían 60 años o más. En su mayoría los enfermos eran portadores de neoplasias en estadio III, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica y repercusión sobre el estado general.

39 enfermos fueron operados con un criterio diagnóstico nosológico o histológico, porque la extensión del neoplasma o la condición general impedían la realización de una técnica más agresiva, confirmado en todos ellos: efectividad de 100%.

Ya fue comentado que seis casos lo fueron con un criterio de estadificación; 3 enfermos no pudieron ser resecaados por la extensión mediastinal. Lo: 3 restantes fueron resecaados, realizándose una lobectomía superior izquierda, una lobectomía superior derecha y una neumonectomía intrapericárdica (ver Tabla No. 1).

Los hallazgos histológicos están señalados en la Tabla No. 2.

Los casos no catalogados corresponden a enfermos en los que si bien se llegó al diagnóstico de neoplasma de pulmón, su tipificación histológica o su origen primariamente pulmonar eran dudosos.

En 14 pacientes en que se realizaron biopsias ganglionares, todas fueron positivas.

### COMPLICACIONES

En la serie hubo una sola complicación intraoperatoria, que consistió en una herida de vena cava superior solucionada en el mismo acto quirúrgico con sutura. En el postoperatorio hubo una infección severa de la herida, con dehiscencia total y exposición del mediastino.

### CONCLUSIONES

La mediastinopleurotomía es un método útil en el diagnóstico de las neoplasias pulmonares, ya que es relativamente rápida y realizable por una técnica sencilla. Ello la hace particularmente aconsejable en los pacientes de alto riesgo quirúrgico. Su realización no impide una adecuada incisión posterior si el neoplasma es quirúrgicamente resecaable. El hecho del escaso número de complicaciones que presenta la serie, la posibilidad de tratar las surgidas en el intraoperatorio por la misma incisión o por una

sencilla ampliación de la misma junto a la ausencia de complicaciones alejadas importantes, nos permiten concluir que su utilización debe preferirse al de la toracotomía exploradora cuando la resección quirúrgica sea imposible o muy poco probable. Su limitación más importante es topográfica, debiendo ser empleada en los procesos parahiliares, mediastinales, de la mitad interna del pulmón y que no sean más profundos que el plano traqueal posterior pues aumentarán las dificultades técnicas que pueden impedir la adecuada toma biopsica.

**TABLA No. 1**

---

<b>45 ENFERMOS</b>	
<b>39 DIAGNOSTICO</b>	[ NOSOLOGICO HISTOLOGICO
<b>6 ESTADIFICACION</b>	
<b>3 INOPERABLES</b>	
<b>3 OPERADOS</b>	[ 1 Neumonectomía intrapericardica 1 Lobectomía superior derecha 1 Lobectomía superior izquierda.

---

**TABLA No. 2**

---

14—	C. EPIDERMOIDE
6—	ADENOCARCINOMA
11—	C. INDIFERENCIADO A GRANDES CELULAS
6—	OAT CELL
1—	C. BRONQUIOLO ALVEOLAR
6—	NO CATALOGADOS

---

**SUMMARY**

45 mediastinopleurotomies were evaluate. A brief historical outline is done. In lung cancer it has only diagnostic indications. 39 were used as a diagnostic tool and 6 for staging. This procedure is useful in high risk patients and it should be chosen instead of exploratory thoracotomy in those patients who have an inoperable cancer.