



11231
2 ej 5

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

"BIOPSIA PULMONAR TRANSPLEURAL POR TORACOSCOPIA EN
EL DIAGNOSTICO DE LA NEUMOPATIA INTERSTICIAL DIFUSA"

T E S I S

Que para obtener el título de
NEUMÓLOGO

Presenta

JESUS JAVIER DIAZ CASTAÑON

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1985

May

[Signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION :

LA TORACOSCOPIA FUÉ INTRODUCIDA EN 1910 POR JACOBÆUS COMO UN MÉTODO PARA ESTUDIAR LA PLEURA. POSTERIORMENTE, CON EL ADVENIMIENTO DE LA COLAPSOTERAPIA ANTITUBERCULOSA, ESTE PROCEDIMIENTO - SE UTILIZÓ PARA LA LÍISIS DE ADHERENCIAS INTERPLEURALES QUE EVITABAN EL COLAPSO ADECUADO DEL PARÉNCQUIMA PULMONAR. EN MUCHOS CENTROS EUROPEOS ESTA TÉCNICA HA SIDO USADA DESDE ENTONCES PARA EXAMINAR PULMONES COLAPSADOS EN NEUMOTORAX ESPONTÁNEO, Y PARA APLICAR SUBSTANCIAS IRRITANTES EN LA CAVIDAD PLEURAL CON EL OBJETIVO DE PROVOCAR PLEURODÉSIS.

DESDE 1953 LA TORACOSCOPIA HA SIDO USADA PARA OBTENER ESPECÍMENES DE TEJIDO PLEURAL BAJO CONTROL VISUAL, LO QUE PERMITE SELECCIONAR ADECUADAMENTE EL SITIO DE TOMA DE LA MUESTRA AUMENTANDO CONSIDERABLEMENTE EL PORCENTAJE DIAGNÓSTICO COMPARADO A LA BIOPSIA PLEURAL CERRADA.

EN NUESTRO INSTITUTO ESTE PROCEDIMIENTO SE ESTÁ REALIZANDO DESDE JULIO DE 1984, LO QUE HA INCREMENTADO EN FORMA IMPORTANTE - EL DIAGNÓSTICO DE CERTEZA EN LA PAATOLOGÍA PLEURAL E INCLUSO MEDIAS TINAL.

EN 1957, HEINE REPORTÓ UNA SERIE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN LOS CUALES TOMÓ BIOPSIAS DEL TEJIDO PULMONAR BAJO CONTROL VISUAL. ESTUDIOS MAS RECIENTES, LA MAYORÍA EUROPEOS, MENCIONAN TAMBIÉN ESTE MÉTODO PARA LA OBTENCIÓN DE MUESTRAS DEL TEJIDO PULMONAR CON PORCENTAJES DE PRECISIÓN DIAGNÓSTICA QUE OSCILAN ENTRE EL 70% EN LESIONES PULMONARES PERIFÉRICAS HASTA EL 100% EN ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA. TAMBIEN HA SIDO USADO EN NIÑOS CON EFICIENCIA SIMILAR.

LA MORBILIDAD ES MUY BAJA Y NO SE HA REPORTADO MORTALIDAD POR ESTE PROCEDIMIENTO.

OBJETIVO :

EL OBJETIVO PRINCIPAL DE NUESTRO ESTUDIO FUÉ EL DE DETERMINAR EL ÍNDICE DE PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE ESTE MÉTODO EN PACIENTES CON NEUMOPATÍA INTERSTICIAL DIFUSA, QUE EVENTUALMENTE NO PODÍAN SER SOMETIDOS A BIOPSIA A CIELO ABIERTO, ADEMÁS SE EVALÚA EL ÍNDICE DE COMPLICACIONES Y EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA EN LOS PACIENTES INCLUIDOS.

JUSTIFICACION :

EXISTE UN GRUPO DE PACIENTES CON PADECIMIENTO PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSO QUE NO PUEDEN SER SOMETIDOS A BIOPSIA PULMONAR A CIELO ABIERTO, O QUE NO QUIEREN SER INTERVENIDOS CON DICHO PROCEDIMIENTO, Y POR LO TANTO NO SE LLEGA A UN DIAGNÓSTICO DE CERTEZA DIFICULTANDO ASÍ SU MANEJO POSTERIOR Y SU PRONÓSTICO.

SE PROPONE ESTE PROCEDIMIENTO COMO ALTERNATIVO Y COMPLEMENTARIO EN EL DIAGNÓSTICO DE CERTEZA DE LOS PACIENTES CON NEUMOPATÍA INTERSTICIAL DIFUSA QUE PERMITIRÁ ABARCAR AL 100% DE LOS ENFERMOS.

MATERIAL Y METODOS :

SE ESTUDIARON 20 PACIENTES CUYOS DATOS CLÍNICOS, RADIOLÓGICOS, Y FUNCIONALES FUERON COMPATIBLES CON EL DIAGNÓSTICO DE NEUMOPATÍA INTERSTICIAL DIFUSA.

LOS ENFERMOS SOMETIDOS AL PROCEDIMIENTO FUERON AQUELLOS RESULTANTES A SER INTERVENIDOS A CIELO ABIERTO Y BAJO ANESTESIA GENERAL, Y LOS QUE POR PARÁMETROS FUNCIONALES TALES COMO LA PRESENCIA DE HIPOXEMIA SEVERA O HIPERCAPNIA, SE CONSIDERARON COMO SUJETOS - DE ALTO RIESGO A LA BIOPSIA PULMONAR A CIELO ABIERTO.

15 PACIENTES CORRESPONDIERON AL SEXO FEMENINO CUYO PROMEDIO DE EDAD FUÉ DE 51.7 AÑOS, CON UNA MÍNIMA DE 25 Y UNA MÁXIMA DE 75. LOS 5 PACIENTES DEL SEXO MASCULINO TUVIERON UN PROMEDIO DE EDAD DE 49.2, CON UNA MÍNIMA DE 10 Y UNA MÁXIMA DE 76 AÑOS. NO SE CONSIDERÓ QUE LA EDAD FUERA OBSTACULO PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO.

RADIOLÓGICAMENTE 13 PACIENTES FUERON DESCRITOS COMO IMAGEN RETICULAR INTENSA COMPATIBLE CON PANALIZACIÓN, 3 PACIENTES TUVIERON IMAGEN NODULAR DE GRANO GRUESO, Y 2 TUVIERON IMAGEN RETICULONODULAR FINA, UNO RETICULAR FINA, Y UNO CON IMAGEN MICRONODULAR O - "EN VIDRIO DESPULIDO".

EN 14 PACIENTES SE LLEVÓ A CABO LA MEDICIÓN DE LA FUNCIÓN VENTILATORIA LA CUAL SE INTERPRETÓ COMO PATRÓN RESTRICTIVO PURO - EN 11 PACIENTES Y COMO MIXTO DE PREDOMINIO RESTRICTIVO EN LOS 3 - RESTANTES. 6 PACIENTES EN QUIENES NO SE REALIZARON PRUEBAS VENTILATORIAS, LOS PARÁMETROS CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS SE CONSIDERARON SUFICIENTES PARA INTEGRAR EL DIAGNÓSTICO DE NEUMOPATÍA INTERSTICIAL DIFUSA.

EL DIAGNÓSTICO DE INGRESO FUÉ DE FIBROSIS PULMONAR DE ETIOLOGÍA POR DETERMINAR EN 12 PACIENTES, FIBROSIS PULMONAR POR ALVEOLÍTIS ALÉRGICA Y POR TUBERCULOSIS PULMONAR EN OTROS 2, DE CARCINOMATOSIS PULMONAR EN 2 PACIENTES, Y DE HISTIOCITOSIS X, ALVEOLÍTIS ALÉRGICA EXTRINSECA, ESCLERODERMIA, E HISTOPLASMOSIS PULMONAR EN

LOS 4 PACIENTES RESTANTES. (TABLA # 1)

EL MÉTODO FUÉ REALIZADO EN EL QUIRÓFANO, PREVIA PREMEDICACIÓN CON ATROPÍNA 0.1 MG Y DIAZEPAM DE 5 A 10 MGS POR VÍA INTRAMUSCULAR, BAJO MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO Y VIGILANCIA POR EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA YA QUE, A PESAR DE QUE EL TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA FUÉ LA LOCAL, EN 4 PACIENTES SE REQUIRIÓ DE SEDACIÓN SUPERFICIAL CON FENTANYL A DOSIS DE 0.5 MGS X KG DEBIDO A ESTADO DE ANSIEDAD MAYOR AL HABITUAL.

SE UTILIZÓ UN TORACOSCOPIO STORZ RÍGIDO, DE 11 MM DE DIÁMETRO, QUE CONSTA DE UN TROCAR Y UNA CÁNULA CON VÁLVULA, UN TELESCOPIO OPERATIVO GRAN ANGULAR CON TRANSMISIÓN DE LUZ POR FIBRA ÓPTICA INCORPORADA, UN FORCEPS PARA BIOPSIA, 2 ELECTRODOS CAUTERIZADOS, UN INSTRUMENTO PARA PALPACIÓN Y 2 AGUJAS DE INYECCIÓN.



Fotografía del equipo completo con fuente de luz y fuente de electrocauterio.

TABLA 1

PACIENTE	DIAGNOSTICO PREVIO	IMAGEN RADIOLOGICA	INTERPRETACION FUNCIONAL *
1	FIBROSIS PULMONAR	PANALIZACION	RP
2	FIBROSIS PULMONAR	PANALIZACION	MPR
3	SEC. A. A. E. HISTIOCIITOSIS X	PANALIZACION	MPR
4	FIBROSIS PULMONAR	PANALIZACION	MPR
5	ESCLERODERMIA	RETICULAR FINO	RP
6	FIBROSIS PULMONAR	RETICULONODULAR	RP
7	FIBROSIS PULMONAR	PANALIZACION	RP
8	ALVEOLITIS ALERGICA	VIDRIO DESPULIDO	RP
9	FIBROSIS PULMONAR	PANALIZACION	RP
10	FIBROSIS PULMONAR	PANALIZACION Y DERRAME	RP
11	FIBROSIS PULMONAR	PANALIZACION	RP
12	CARCINOMATOSIS PULMONAR	NODULAR DE GRANO GRUESO	-
13	FIBROSIS PULMONAR	PANALIZACION	-
14	SEC. A. TBP FIBROSIS PULMONAR	PANALIZACION	RP
15	HISTOPLASMOSIS PULMONAR	NODULAR DE GRANO GRUESO	-
16	CARCINOMATOSIS PULMONAR	NODULAR DE GRANO GRUESO	-
17	FIBROSIS PULMONAR	PANALIZACION	RP
18	FIBROSIS PULMONAR	RETICULONODULAR	RP
19	FIBROSIS PULMONAR	PANALIZACION	RP
20	FIBROSIS PULMONAR	PANALIZACION Y NEUMOTORAX	-

• RP - RESTRICTIVO PURO

MPR - MIXTO DE PREDOMINIO RESTRICTIVO

LA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO FUÉ LA SIGUIENTE : EL PACIENTE FUÉ COLOCADO EN DECÚBITO DORSAL YA QUE ESTA FUÉ LA POSICIÓN MEJOR TOLERADA POR NUESTROS ENFERMOS, A DIFERENCIA DEL DECÚBITO LATERAL, QUE SE UTILIZA PREFERENTEMENTE PARA LA EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD TORÁCICA EN PATOLOGÍA PLEURAL Y MEDIASTINAL.

SE ELIGIÓ EL SITIO DE ACCESO DEL INSTRUMENTO MEDIANTE LA PERCUSIÓN CON EL OBJETIVO DE DELIMITAR EL HEMIDIAFRAGMA Y ENTRAR POR ENCIMA DE ESTE, YA QUE SE ENCUENTRA ELEVADO POR LA PATOLOGÍA PULMONAR INTERSTICIAL, Y POR LA POSICIÓN ADOPTADA ANTES MENCIONADA. HABITUALMENTE SE ENTRÓ ENTRE EL 3ERO Y 4TO ESPACIOS INTERCOSTALES SOBRE LA LINEA AXILAR ANTERIOR, YA QUE EL ABORDAJE DEL TÓRAX EN ESTA POSICIÓN NOS PERMITE OBSERVAR ADECUADAMENTE LA MAYOR PARTE DE SUS ESTRUCTURAS.

SE LLEVÓ A CABO LA TÉCNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA PROPIA DE CUALQUIER INTERVENCIÓN QUIRURGICA EN EL QUIROFANO, Y SE INFILTRÓ EN LA ZONA SELECCIONADA ENTRE 20 Y 25 ML DE LIDOCAÍNA AL 2% INCLUYENDO PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, MÚSCULO, Y ESPACIO INTERCOSTAL, BLOQUEANDO ASI EL NERVIJO CORRESPONDIENTE.

SE REALIZÓ UNA INCISIÓN DE 1.5 A 2 CENTIMETROS EN PIEL, PERPENDICULAR A LA LINEA AXILAR ANTERIOR, Y SE DISECÓ CON PINZA ROMA Y EN FORMA DIGITAL, POR EL BORDE SUPERIOR DEL ARCO COSTAL, HASTA LA PLEURA PARIETAL, LA CUAL FUÉ INCIDIDA HASTA PALPAR EL PARÉNQUIMA PULMONAR PRODUCIENDO NEUMOTORAX.

SE INTRODUJO EL TROCAR CON VALVULA, Y A TRAVÉS DE ESTE, EL TORACOSCOPIO, AUMENTANDO EN ESE MOMENTO EL NEUMOTORAX HASTA NIVELAR LA PRESIÓN INTERPLEURAL CON LA ATMOSFÉRICA. NO TODOS LOS PACIENTES TUVIERON COLAPSO ADECUADO DEL PARÉNQUIMA PULMONAR DIFICULTANDO ASI LA ADECUADA EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD TORÁCICA Y LA SELECCIÓN DEL SITIO DE LA BIOPSIA, SIN EMBARGO, EN TODOS FUÉ POSIBLE TOMAR LA MUESTRA.



Fotografía durante el procedimiento

LAS CARACTERISTICAS DEL PARÉNQUIMA PULMONAR VISUALIZADO POR TORACOSCOPIA NO DIFIEREN MUCHO DE LAS OBSERVADAS CON EL TÓRAX ABIERTO, A SABER, DE SUPERFICIE LISA Y COLORACIÓN ROSADA EN CASO DE NORMALIDAD. SIN EMBARGO, LA VISIÓN POSIBLE EN EL PULMÓN CON NEUMOPATÍA INTERSTICIAL, DADAS LAS CARACTERISTICAS DEL INSTRUMENTO PERMITE OBSERVAR ALTERACIONES QUE CONSIDERAMOS PROPIAS DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA, AUNQUE NO EXCLUSIVAS DE UNA PATOLOGÍA ESPECÍFICA. LAS IMAGENES DEL TEJIDO PULMONAR CUBIERTO POR PLEURA VISCERAL FUERON DEFINIDAS COMO A CONTINUACIÓN SE MENCIONA: GRANULOSO GRISACEO, GRANULOSO GRISACEO CON AREAS NORMALES, GRANULOSO GRISACEO CON BULAS, GRANULOSO DE COLORACIÓN NORMAL, NORMAL CON AREAS OSCURAS SIN GRANULOS, Y NORMAL. LA IMAGEN MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADA FUÉ LA DE GRANULOSO GRISACEO EN 9 PACIENTES. TABLA 2.

POSTERIORMENTE, SE REVISÓ EL PULMÓN Y SE ELIGIÓ EL SITIO DE BIOPSIA, QUE GENERALMENTE FUÉ EN UN AREA DESCRITA COMO GRANU-
LOSA, Y SE TOMARON DE 1 A 5 MUESTRAS DEL LOBULO SUPERIOR, INFE-
RIOR, O AMBOS, SIEMPRE SE EVITÓ TOMAR LA MUESTRA DEL LOBULO ME-
DIO YA QUE, COMO ES SABIDO, ESTE LÓBULO Y LA LÍNGULA, SON ASIE-
NTO COMÚN DE PATOLOGÍA INFLAMATORIA CRÓNICA, LO CUAL DIFICULTA -
LA INTERPRETACIÓN MICROSCOPICA DE LAS ALTERACIONES EN LA NEUMO-
PATÍA INTERSTICIAL. SE TOMARON 36 MUESTRAS DEL LÓBULO SUPERIOR
DERECHO Y 25 DEL LÓBULO INFERIOR DERECHO.

UN ASPECTO IMPORTANTE DE LA TÉCNICA FUÉ EL DE OBTENER -
UNA SEGUNDA Y HASTA UNA TERCERA MUESTRA DE TEJIDO SOBRE EL SITIO
INICIAL DE BIOPSIA CON EL OBJETIVO DE ALEJARSE DE LA PERIFERIA,-
PROFUNDIZANDO EN EL PARÉNQUIMA PULMONAR, Y DE ESTA FORMA TOMAR
UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DEL MISMO. ESTA MODALIDAD EVITA LA -
PLEURA VISCERAL QUE SE ENCUENTRA OCASIONALMENTE ENGROSADA LO QUE
DISMINUYE EL VOLÚMEN DE PARÉNQUIMA PULMONAR OBTENIDO EN LA PRIME-
RA MUESTRA.

EL TAMAÑO DE LAS MUESTRAS OBTENIDAS TUVO UN PROMEDIO DE
4.5 x 3.3 CENTIMETRQS, CON UN TAMAÑO MÍNIMO DE 0.3 x 0.3, Y CON
FRAGMENTOS DE HASTA 1.0 x 0.3, 0.7 x 0.5, Y 0.8 x 0.4, MEDICIÓN
REALIZADA POR EL SERVICIO DE MORFOLOGÍA POSTERIOR A SER FIJADAS
EN FORMOL. TABLA 2.

UNA VEZ TOMADAS LAS MUESTRAS SE APLICÓ EL ELECTROCAUTERIO
A LAS ZONAS INCLUIDAS PERSIGUIENDO DISMINUIR LA HEMORRAGIA Y LA
FUGA AEREA.

AL FINALIZAR EL PROCEDIMIENTO SE RETIRÓ EL TORACOSCOPIO,-
Y A TRAVÉS DE LA CÁNULA SE COLOCÓ UNA SONDA MELATON # 30 DIRIGI-
DA HACIA EL VÉRTICE DE LA CAVIDAD TORÁCICA, Y SE CONECTÓ A UN -
SISTEMA DE FRASCO SELLO CON SUCCIÓN.

TABLA 2

PACIENTE	ASPECTO VISUAL.*	TAMARO DE LA MUESTRA CENTIMETROS	NUMERO DE TOMAS
1	GG	0.4 x 0.3	2
2	GG	0.4 x 0.4	4
3	GG	0.3 x 0.3	2
4	GG	0.5 x 0.3	4
5	GGN	0.3 x 0.3	3
6	NO	0.5 x 0.5	3
7	GGN	0.8 x 0.4	2
8	GGN	0.5 x 0.5	2
9	GGB Y GGN	0.7 x 0.5	4
10	GG	0.4 x 0.4	4
11	GGB	0.3 x 0.3	2
12	N	0.6 x 0.4	3
13	GGB	0.5 x 0.5	1
14	GGB	1.0 x 0.3	3
15	GN	0.6 x 0.3	4
16	GG	0.4 x 0.3	5
17	GGN Y GGB	0.3 x 0.3	2
18	GG	0.3 x 0.3	3
19	GG	0.3 x 0.3	3
20	GG	0.4 x 0.3	5

- GG - GRANULOSO GRISACEO
- GGN - GRANULOSO GRISACEO CON AREAS NORMALES
- GGB - GRANULOSO GRISACEO CON BULAS
- GN - GRANULOSO DE COLORACION NORMAL
- NO - NORMAL CON AREAS OSCURAS SIN GRANULOS
- N - NORMAL

RESULTADOS :

LAS BIOPSIAS DE LOS 20 PACIENTES APORTARON UN DIAGNÓSTICO DE CERTÉZA COMPATIBLE CON LOS DATOS CLÍNICOS, RADIOLÓGICOS, Y FUNCIONALES, CONSTITUYENDO EL 100% DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

10 PACIENTES TUVIERON DIAGNÓSTICO DE ALVEOLÍTIS FIBROSANTE MURAL CON GRADOS VARIABLES DE FIBROSIS ENTRE EL 40 Y EL 80%. DOS PACIENTES FUERON DIAGNOSTICADOS COMO NEUMONÍTIS POR HIPERSENSIBILIDAD, OTROS 2 COMO HISTIOCITOSIS X CON FIBROSIS DEL 60 Y 95%, - DOS COMO CARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR, Y LOS 4 RESTANTES COMO BRONQUIOLÍTIS OBLITERANTE, NEUMONÍA INTERSTICIAL VIRAL O LINFOIDEA, - HISTOPLASMOSIS PLEUROPULMONAR, Y FIBROSIS INTERSTICIAL DIFUSA Y FOCAL IRREGULAR E INESPECÍFICA.

EL PACIENTE NUMERO 10 TUVO DIAGNÓSTICO DE METÁSTASIS DE CARCINOMA PAPILAR ADEMAS DE ALVEOLÍTIS FIBROSANTE MURAL.

LA EVOLUCIÓN POSTTORACOSCOPICA DE LOS PACIENTES FUÉ SATISFACTORIA. LOS ENFERMOS SOMETIDOS A LA BIOPSIA PULMONAR POR TORACOSCOPIA TUVIERON UN PROMEDIO DE PERMANENCIA DE SONDA DE PLEUROTOMÍA DE 3.2 DIAS CON UNA MÍNIMA DE 2 Y UNA MÁXIMA DE 6 DIAS. SE VALORÓ EL RETIRO DE SONDA MEDIANTE LA REEXPANSIÓN RADIOLOGICA ADECUADA Y LA AUSENCIA DE FUGA AÉREA EN EL FRASCO SELLO.

LA ÚNICA COMPLICACIÓN ATRIBUIBLE AL PROCEDIMIENTO FUÉ HEMORRAGIA TRANSOPERATORIA DE 300 ML. EN EL PACIENTE NUMERO 14, QUE CEDIÓ AL COLOCAR LA SONDA ENDOTORÁCICA Y CONECTARLA AL FRASCO SELLO CON SUCCIÓN CONTINUA.

EL PACIENTE NUMERO 3 PRESENTÓ NEUMOTORAX 4 DIAS POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO EN EL HEMITORAX INTERVENIDO, SIN EMBARGO, DICHO PACIENTE TENÍA ANTECEDENTE DE NEUMOTORAX PREVIO, Y EN SU EVOLUCIÓN POSTERIOR PRESENTÓ NEUMOTORAX CONTRALATERAL.

ENTRE LOS PACIENTES INCLUIDOS, 2 FALLECIERON 72 HORAS DESPUES DEL PROCEDIMIENTO. LA PACIENTE NUMERO 1, CON DIAGNOSTICO DE ALVEOLITIS FIBROSANTE MURAL CON FIBROSIS DEL 80% PRESENTÓ NEUMOTÓ RAX CONTRALATERAL Y FALLECIÓ EN EL SERVICIO DE TERÁPIA INTENSIVA CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SEVERA, DEFUNCIÓN NO ATRIBUIBLE A LA BIOPSIA PULMONAR POR TORACOSCOPIA. EL PACIENTE NUMERO 12, CUYO DIAGNOSTICO ERA EL DE CARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR, SE ENCONTRABA EN ETAPAS TERMINALES DE SU PADECIMIENTO. ÁMBOS PACIENTES TENÍAN - REEXPANSIÓN RADIOLÓGICA COMPLETA DEL PULMÓN ESTUDIADO Y AUSENCIA DE FUGA AÉREA EN EL FRASCO SELLO.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO, NINGÚN PACIENTE PRESENTÓ ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS REGISTRABLES EN EL MONITÓR.

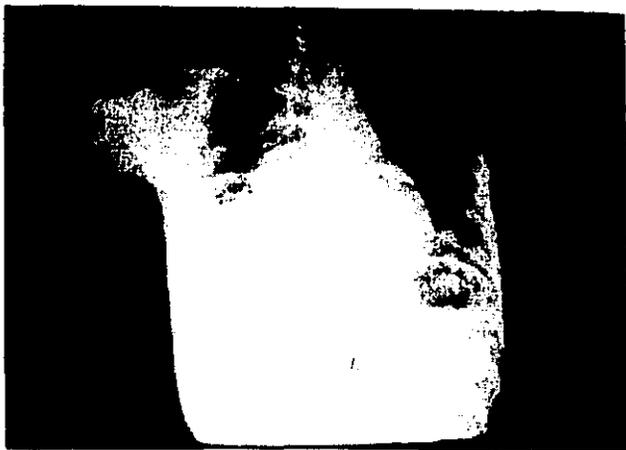
EL DOLOR POSTOPERATORIO FUÉ BIEN TOLERADO, REFERIDO EXCLUSIVAMENTE AL SITIO DE LA INSICIÓN EN LA PARED TORÁCICA, Y NO IMPIDIÓ LA ADECUADA VENTILACIÓN A JUZGAR POR PARÁMETROS CLÍNICOS.

TABLA DE RESULTADOS

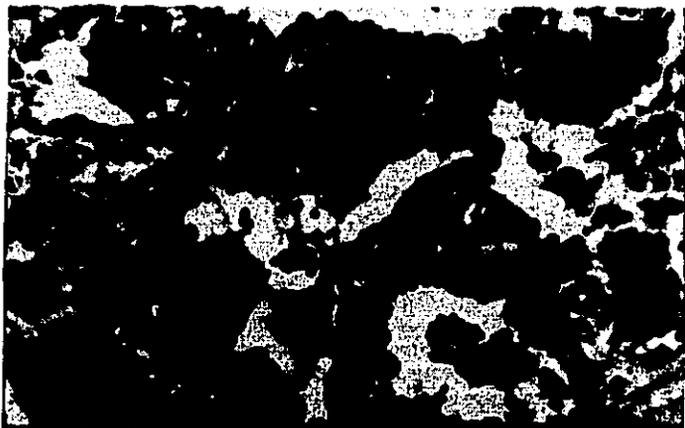
PACIENTE	SEXO	EDAD AÑOS	DIAGNOSTICO PREVIO	DIAGNOSTICO OBTENIDO CON BIOPSIA
1	F	40	FIBROSIS PULMONAR	ALVEOLITIS FIBROSANTE MURAL CON FIBROSIS DEL 80%
2	F	27	FIBROSIS PULMONAR POR A.A.E.	ALVEOLITIS FIBROSANTE MURAL CON FIBROSIS DEL 70%
3	F	32	HISTIOCIDITIS X	HISTIOCIDITIS X Y FIBROSIS DEL 60%
4	F	59	FIBROSIS PULMONAR	ALVEOLITIS FIBROSANTE MURAL CON FIBROSIS DEL 80%
5	F	70	ESCLERODERMIA	ALVEOLITIS FIBROSANTE MURAL
6	F	60	FIBROSIS PULMONAR	NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD
7	F	59	FIBROSIS PULMONAR	BROMQUIOLITIS OBLITERANTE
8	M	10	ALVEOLITIS ALERGICA EXTRINSECA	NEUMONIA INTERSTICIAL VIRAL O LINFOIDEA
9	M	76	FIBROSIS PULMONAR	ALVEOLITIS FIBROSANTE MURAL CON FIBROSIS DEL 80%
10	F	75	FIBROSIS PULMONAR DERRAME PLEURAL	ALVEOLITIS FIBROSANTE MURAL CON FIBROSIS DEL 80% METASTASIS DE CARCINOMA PAPILAR
11	F	53	FIBROSIS PULMONAR	ALVEOLITIS FIBROSANTE MURAL CON FIBROSIS DEL 80%

TABLA DE RESULTADOS

PACIENTE	SEXO	EDAD AÑOS	DIAGNOSTICO PREVIO	DIAGNOSTICO OBTENIDO CON BIOPSIA
12	M	56	CARCINOMATOSIS PULMONAR	CARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR FIBROSIS INTERSTICIAL DIFUSA DEL 40%
13	F	43	FIBROSIS PULMONAR POR TBP	ALVEOLITIS FIBROSANTE MURAL CON FIBROSIS DEL 70%
14	F	53	FIBROSIS PULMONAR	NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD
15	M	29	HISTOPLASMOSIS PULMONAR	HISTOPLASMOSIS PLEUROPULMONAR
16	F	46	CARCINOMATOSIS PULMONAR	CARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR
17	F	25	FIBROSIS PULMONAR	ALVEOLITIS FIBROSANTE MURAL CON FIBROSIS DEL 70%
18	F	59	FIBROSIS PULMONAR	FIBROSIS INTERSTICIAL DIFUSA Y FOCAL IRREGULA E INESPECIFICA
19	M	75	FIBROSIS PULMONAR	ALVEOLITIS FIBROSANTE MURAL CON FIBROSIS DEL 80%
20	F	73	FIBROSIS PULMONAR NEUMOTORAX	HISTIOCITOSIS X Y FIBROSIS DEL 95%



Paciente numero 2 . Radiografía de tórax
Imagen de " panalización "



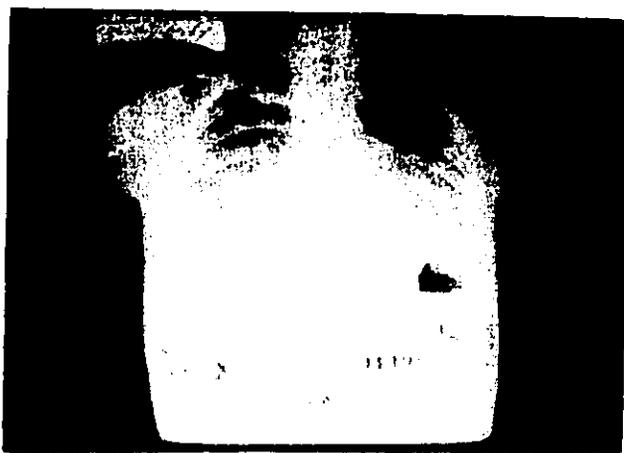
Alveolitis fibrosante mural con fibrosis
del 70% .



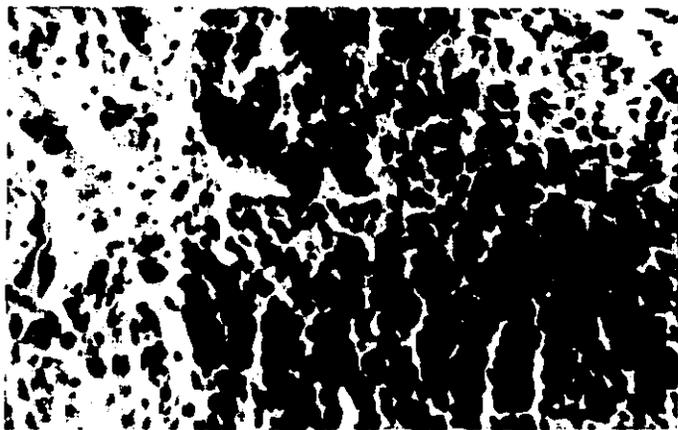
Paciente numero 7 . Radiografía de tórax
Imagen de " panalización "



BRONQUIOLITIS OBLITERANTE



Paciente numero 8 . Radiografía de tórax
Imagen en " vidrio despulido "



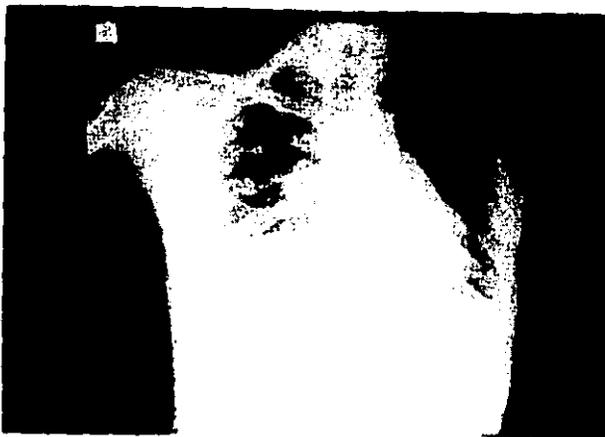
Neumonía intersticial viral o linfocítica



Paciente Numero 12
Radiografía de tórax
Nodular de-grano grueso



Carcinoma bronquioloalveolar



Paciente numero 14 . Radiografía de tórax
Imagen de " panalización "

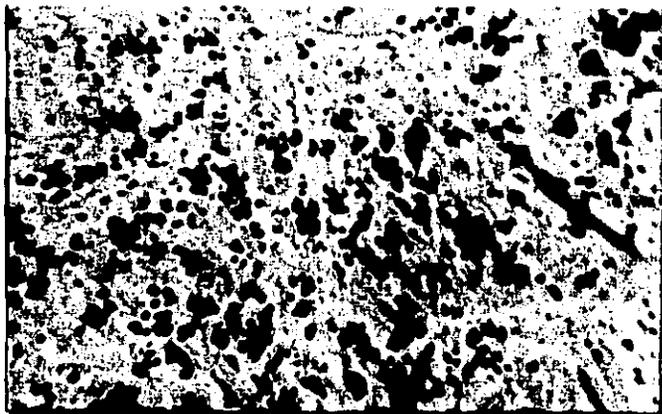


NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



Paciente Numero 15
Radiografía de tórax
Nodular de grano grueso



HISTOPLASMOSIS PLEUROPULMONAR

DISCUSION :

LA TORACOSCOPIA HA SIDO USADA POR ALGUNOS AUTORES CON EL OBJETIVO DE TOMAR MUESTRAS DEL PARÉNQUIMA PULMONAR BAJO CONTROL VISUAL EN LAS ENFERMEDADES INTERSTICIALES DIFUSAS CON RESULTADOS SIMILARES A LOS OBTENIDOS EN EL PRESENTE ESTUDIO, A SABER, MUY CERCANAS O EQUIPARABLES AL 100% DE EFECTIVIDAD DIAGNÓSTICA.

EL PROCEDIMIENTO PERMITE, EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS, - EXPLORAR PRACTICAMENTE LA TOTALIDAD DE LAS ESTRUCTURAS INTRATORÁICAS, Y POR SU SISTEMA ÓPTICO PERMITE OBSERVAR, MAGNIFICADAS, LAS ALTERACIONES DEL TEJIDO, PERMITIENDO ASI TOMAR LAS MUESTRAS MAS REPRESENTATIVAS, Y DE DIFERENTES SITIOS, A DIFERENCIA DE LA BIOPSIA A CIELO ABIERTO POR TORACOTOMÍA ANTERIOR SUBMAMARIA, EN LA QUE NO ES POSIBLE OBSERVAR LA TOTALIDAD DE LA SUPERFICIE PULMONAR, Y ESTA ES VALORADA POR VISIÓN DIRECTA, LO QUE NO PERMITE CLASIFICAR LAS ALTERACIONES OBSERVADAS A TRAVÉS DEL TORACOSCOPIO.

EL ESTUDIO FUÉ BIEN TOLERADO POR TODOS LOS ENFERMOS QUIENES NO MOSTRARON ALTERACIONES O AGRAVAMIENTO DE SU ESTADO, TANTO DURANTE EL PROCEDIMIENTO COMO DESPUES DE ESTE, A PESAR DE GRADOS AVANZADOS DE SU PADECIMIENTO.

EN LOS CASOS EN QUE SE RECURRIÓ A LA SEDACIÓN SUPERFICIAL, - EL MOTIVO FUÉ LA GRAN LABILIDAD EMOCIONAL Y ANSIEDAD QUE DIFICULTABAN EN CIERTO MODO EL PROCEDIMIENTO.

LA MORBILIDAD FUÉ MÍNIMA, SOLO UN CASO TUVO UNA COMPLICACIÓN TRASTORACOSCOPICA, LA HEMORRAGIA CONTROLADA, Y NINGUNA COMPLICACIÓN POSTERIOR.

LA MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL PROCEDIMIENTO FUÉ DE 0.

CONCLUSIONES :

LA BIOPSIA PULMONAR TRANSPLEURAL POR TORACOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA NEUMOPATÍA INTERSTICIAL DIFUSA ES UN PROCEDIMIENTO DE ALTA EFECTIVIDAD, COMPARABLE EN ESTE ASPECTO A LA BIOPSIA PULMONAR A CIELO ABIERTO.

ES TAMBIÉN UN PROCEDIMIENTO BIEN TOLERADO EN EL QUE NI EL ESTADO DE GRAVEDAD DEL ENFERMO O SU EDAD CONSTITUYEN UNA CONTRAINDICACIÓN.

ESTE MÉTODO ES ALTERNATIVO Y COMPLEMENTARIO A LA BIOPSIA - PULMONAR A CIELO ABIERTO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA NEUMOPATÍA INTERSTICIAL DIFUSA, Y NOS PERMITE ABARCAR AL 100% DE LOS ENFERMOS.

BIBLIOGRAFIA :

- 1.- F.A. OLDENBURG JR., M.T. NEWHOUSE
THORACOSCOPY. A SAFE ACCURATE DIAGNOSTIC PROCEDURE USING
THE RIGID THORACOSCOPE AND LOCAL ANESTESIA.
CHEST, 75:1, 45-50, 1979
- 2.- B.M.RODGERS, F. MOAZAM, J.L. TALBERT
THORACOSCOPY, EARLY DIAGNOSIS OF INTERSTITIAL PNEUMONITIS
IN THE IMMUNOLOGICALLY SUPPRESSED CHILD.
CHEST, 75:2, 126-130, 1979
- 3.- B.M.RODGERS
THORACOSCOPY IN CHILDREN
POUMON-COEUR, 37, 301-306, 1981
- 4.- H.J.BRANDT
BIOPSIE PULMONAIRE SOUS CONTROLE VISUEL.
POUMON-COEUR, 37, 307-311, 1981
- 5.- P.D. KAPSENBERG
THORACOSCOPIC BIOPSY UNDER VISUAL CONTROL.
POUMON-COEUR, 37, 313-316, 1981
- 6.- W. MAASSEN
THORACOSCOPIE ET BIOPSIE PULMONAIRE SANS PNEUMOTORAX INITIAL
POUMON-COEUR, 37, 317-320, 1981
- 7.- C.BOUTIN, J.R.VIALLAT, P.CARGNINO, F.REY
THORACOSCOPIC LUNG BIOPSY
CHEST, 82:1, 44-48, 1982

8.- J.H.DIJKMAN, J.W.M.VAN DER MEER, W.BAKKER, A.M.J. WEVER,-
P.J.VAN DER BROEK
TRANSPLEURAL LUNG BIOPSY BY THE THORACOSCOPIC ROUTE IN PA-
TIENTS WITH INTERSTITIAL PULMONARY DISEASE.
CHEST, 82:1, 76-83, 1982

9.- J.S.JANIK, H.S.NAGARAJ, D.B.GROFF
THORACOSCOPIC EVALUATION OF INTRATHORACIC LESIONS IN CHILDREN.
J.THORAC CARDIOVASC SURG 83,408-413,1982