

SECCION RADIOGRAFICA Y TOMOGRAFICA

BIOPSIA PERCUTANEA COMO PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO
EN EL CANCER PULMONAR

* Dr. Miguel Antonio Rodríguez García

** Dr. Félix Enrique Díaz González

+ Dr. Sócrates Gatón Hernández

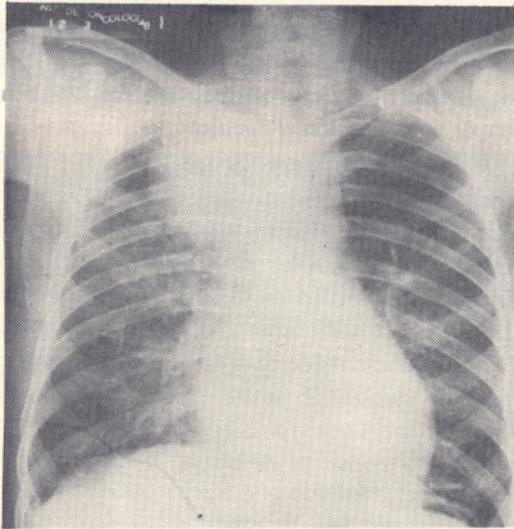


FIG. 1. Lesión tumoral en lóbulo superior derecho.

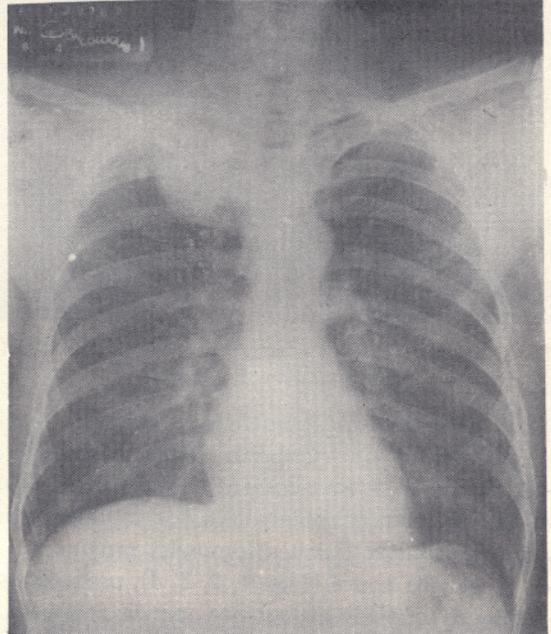


FIG. 3. Lesión tumoral en lóbulo superior derecho, localización apical.

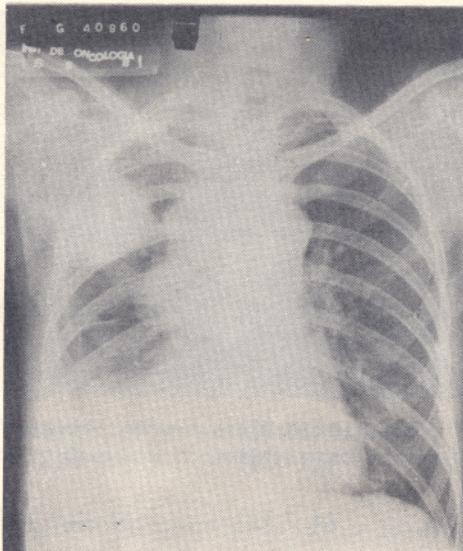


FIG. 2. Lesión tumoral sub-axilar (LSD).

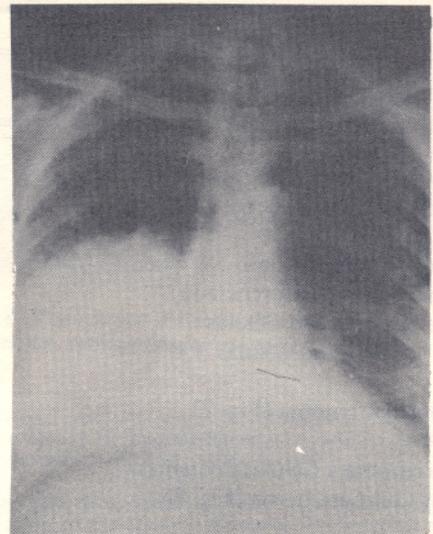


FIG. 4. Lesión tumoral localizada en el lóbulo inferior derecho.

(*) Cirujano Torácico del Hospital Infantil Robert Reid Cabral, República Dominicana.
Cirujano Torácico Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, República Dominicana.

(**) Patólogo Hospital Padre Billini, República Dominicana.
Profesor de Anatomía Patológica, Universidad Autónoma de Santo Domingo y Universidad Central del Este, República Dominicana.

+ Residente tercer año de Cirugía, Hospital Dr. Luis E. Aybar.

La Punción Percutánea Pulmonar se practica desde el año 1883.¹ Variantes en la aplicación de la técnica se han implementado, siendo una de las más utilizadas la punción-aspiración,¹⁻²⁻³ reportándose con este procedimiento que de un 2 al 20% pueden dar como resultado diagnósticos incorrectos de no malignos; mientras que del 4 al 6% se reportan falsos positivos.²

Otros autores emplean agujas, con las cuales obtienen un fragmento del tumor para su estudio histopatológico.²⁻⁵ Procedimiento éste más eficaz, ya que en él los resultados son más confiables, en el diagnóstico del cáncer del pulmón.

MATERIAL Y METODO

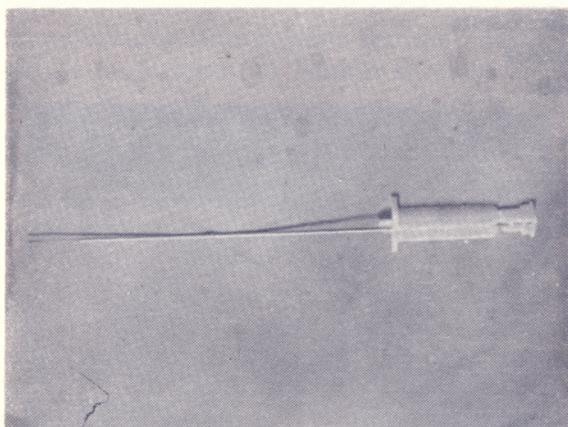


FIG. 5. Aguja tipo Tru-Cut utilizada para la toma de muestra en patología tumoral pulmonar.

Revisamos 30 casos, estudiados por nosotros en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, desde enero de 1981 a julio de 1982. En estos pacientes con clínica evidente de patología tumoral pulmonar y con estudios radiográficos que mostraban lesiones tumorales próximas o invadiendo la parrilla costal (Figs. 1, 2, 3, 4), procedimos a la realización de punción percutánea, previa anestesia local

RESULTADOS

Del total de 30 casos revisados en nuestro estudio, 28 casos equivalentes a un 93%, resultaron positivos y 2 casos equivalentes a un 7% resultaron negativos. Siendo los patrones histológicos los observados en el cuadro No. 1.

COMPLICACIONES:

Es de importancia señalar que el total de 30 casos en los cuales aplicamos el método de punción biopsia con la aguja tipo Tru-Cut, tan sólo en 6 (21.4%) casos se presentó como complicación, hemoptisis, que desapareció antes de las 24 horas, a pesar de que otros autores,¹⁻²⁻³⁻⁴⁻⁵ reportan como mayor complicación el neumotórax.

DISCUSION

Hay autores, entre ellos Le Brigand,⁶ de la escuela francesa, que son opuestos a las punciones percutáneas como procedimiento diagnóstico en la patología tumoral pulmonar y prefieren la toracotomía biopsia, alegando que la muestra se toma bajo visión directa y sólo la justifican cuando se tenga la certeza de sinfisis pleural. Linnemann, Palmer, Davidson and Lusk; Jereb and Us-Krasovec,¹⁻³⁻⁴ son partidarios de la punción-aspiración, para estudio citológico en el cual el resultado con frecuencia no es confiable, por lo que el estudio debe ser repetido.

Poe and Tobin y Serrano²⁻⁵ prefieren la punción percutánea con agujas con las cuales se pueden extraer frag-

Cuadro No. 1
PATRONES HISTOLOGICOS

TIPOS HISTOLOGICOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Carcinoma Escamoso Bien Diferenciado (Queratinizante) (Fig. 6)	0 (0%)	4 (14.2%)	4 (14.2%)
Carcinoma Escamoso No Queratinizante (Pobrememente Diferenciado)			
A Pequeñas Células	3 (10.7%)	10 (35.7%)	13 (46.4%)
A Grandes Células	2 (7.1%)	4 (14.2%)	6 (21.4%)
Adenocarcinoma (Fig. 7)	0 (0%)	2 (7.1%)	2 (7.1%)
Carcinoma a Células Pequeñas. Oat Cell Carcinoma (Fig. 8)	1 (3.5%)	1 (3.5%)	2 (7.1%)
Carcinoma Anaplástico	0 (0%)	1 (3.5%)	1 (3.5%)
TOTAL	6 (21.4%)	22 (78.5%)	28 (100%)

con Xilocaína, con aguja de toma de muestra tipo Tru-Cut (Fig. 5), obteniéndose un amplio cilindro de tejido, el cual se remite al laboratorio de anatomía patológica para su estudio.

mentos del tumor. Nosotros particularmente utilizamos la aguja tipo Tru-Cut por las ventajas que nos ofrece, entre éstas: mayor tamaño de la muestra obtenida, facilidad para su estudio histopatológico, tiempo y confiabilidad en el

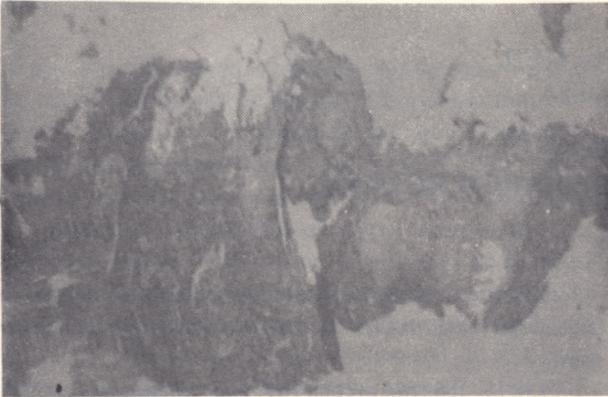


FIG. 6. Carcinoma Epidermoide Queratinizante. A) Panorámica del cilindro tumoral. B) Detalle histopatológico en el cual podemos observar formación de perla córnea.

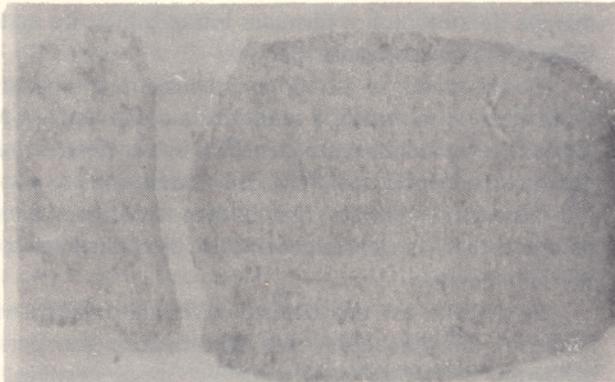


FIG. 7. Adenocarcinoma. A) Panorámica del cilindro del tejido. B) Detalle en el cual observamos crecimiento tumoral, dispuesto formando estructuras glandulares irregulares.

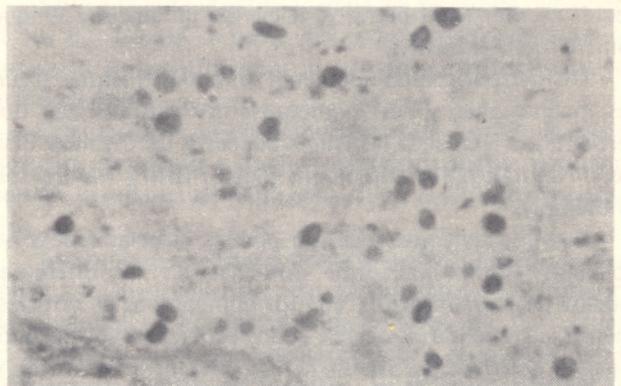


FIG. 8. Carcinoma indiferenciado a células pequeñas (Oat-Cell Carcinoma). A) y B) Panorámica y detalle, respectivamente, en las cuales observamos crecimiento tumoral constituido por células parecidas a linfocitos entremezcladas con tejido necrótico.

diagnóstico. También tenemos que señalar que este procedimiento, en manos expertas, produce pocas complicaciones y evita someter al paciente al stress de una cirugía mayor, como es la toracotomía, evitándole así gastos innecesarios.

RESUMEN

Presentamos 30 casos de cáncer del pulmón estudiados por biopsia percutánea con aguja tipo Tru-Cut.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Linnemann, Jr. MD, C.C. Lung Puncturesw. Chest Vol. 78, No. 1, July 1980, E.U.A.
- 2.— Poe R.H., and Tobin, R.E. Sensitivity and Specificity of Needle biopsy in lung malignancy. American Review of Respiratory Disease, Vol. 122, 1980. E.U.A.
- 3.— Palmer, MD, D.L.; Davidson, MD, M.; and Lusk, MD, R. Needle Aspiration of the Lung in Complex Pneumonias. Chest, No. 1, July 1980. E.U.A.
- 4.— Jerez, MD, M., and Us-Krasovec, MD, M. Thin Needle Biopsy of Chest Lesions: Time-Saving Potential. Chest, Vol. 78, No. 2, August 1980. E.U.A.
- 5.— Serrano Muñoz, F. Novedades Diagnósticas en Cirugía Torácica. Archivos de Bronconeumología, Vol. 10, No. 3, mayo-septiembre, 1974; Madrid, España.
- 6.— Le Brigand, H.: Tratado de Técnica Quirúrgica, tomo III. Aparato Respiratorio, Mediastino, Pared Torácica. 1975, Masson et Cie, Editeurs. Paris VI, Francia.