

Mediastinoscopía. Estadificación para toda la Argentina

Autor: Alfredo Aquino

Correspondencia:

Domicilio postal: Belgrano 423. Corrientes. Argentina
C.P: 3400
e-mail: alfredoangelaquino@hotmail.com

Servicio de Cirugía. Unidad Tórax. Hospital Escuela General San Martín. Corrientes. Argentina

Al Editor:

El manejo actual del cáncer de pulmón debe realizarse según el TNM elaborado por la Asociación Internacional para el Estudio del Cáncer de Pulmón (IASLC). Esta clasificación permite una descripción estandarizada, la comparación de resultados y encuadrar a los pacientes en estadios dentro de los cuales su pronóstico y terapéutica sean similares¹.

La normatización sistemática se encuentra claramente detallada por el consenso argentino intersociedades del cáncer de pulmón².

La mediastinoscopía juega un rol fundamental en la estadificación del cáncer de pulmón.

En el mes de marzo, se publicó en la revista RAMR un artículo acerca de “El valor predictivo negativo de la mediastinoscopía realizada por cirujanos torácicos”³. En este artículo se analizaron los resultados de 82 mediastinoscopías realizadas desde el 2009 al 2015. La técnica utilizada y el manejo ambulatorio son semejantes a muchas series.

Existe una variante en el muestreo de nuestra serie “en prensa”, ya que biopsiamos generalmente las estaciones 4 derecha, 7 y 4 izquierda. En algunos casos se suman las estaciones 2. En nuestra serie preliminar en prensa en la Revista Argentina de Cirugía, de 107 casos, el mayor porcentaje se manejó de forma ambulatoria excepto los pacientes de distancias prolongadas.

El hecho de que en solo 47 pacientes (57%) el motivo de la mediastinoscopía fue la estadificación de un cáncer de pulmón confirmado o sospechado y que la mediana de estaciones ganglionares biopsiadas fue de 2, con un rango de 1 a 4 estaciones ganglionares, es discutible. La indicación de la biopsia ganglionar única en nuestro grupo solo se realiza cuando la biopsia de la misma certifica N3. De lo contrario, si el ganglio afectado por PET o aumentado por tomografía solo confirma N2,

deben biopsiarse mínimo las estaciones 4 derecha, 4 izquierda y 7 para no subestadificar.

Con respecto a la indicación de “mediastinoscopía selectiva”, solo agregaría la mediastinoscopía en pacientes con cáncer de pulmón confirmado o sospechado con estadificación imagenológica por tomografía y sin PET SCAN, ya que en nuestro medio debemos trasladar los pacientes a grandes distancias para realizar PET.

Con respecto al grupo 4L, si no se confirma N3 previamente en la mediastinoscopía, lo realizamos sistemáticamente. En nuestra casuística tenemos 2 lesiones de nervio recurrente izquierdo con paresia de cuerda vocal no definitiva, pero evitamos la subestadificación, conducta discutible.

Las complicaciones de nuestra serie son similares, no tenemos ruptura vascular y sí lesión recurrente e infección. La mortalidad en nuestro grupo fue de 1 caso, también en un paciente con síndrome de vena cava y falleció por causa médica.

Con respecto a la sensibilidad y especificidad, los números se encuentran próximos a la literatura internacional y nacional. En nuestra experiencia, de 107 casos, se obtuvo una sensibilidad del 93,3%, una especificidad del 100%, un valor predictivo positivo del 100%, valor predictivo negativo del 90% y una rentabilidad diagnóstica del 95,8%.

Sin duda, este trabajo demuestra que en la Argentina, la mediastinoscopía sigue siendo el gold estándar de la estadificación quirúrgica mediastinal. La técnica debería extenderse a toda la Argentina ya que es difícil tratar el cáncer de pulmón sin la estadificación correcta.

Con respecto a las técnicas de punción broncoscópica (EBUS), el costo del equipamiento, los insumos descartables, la punción por broncoscopia rígida y los buenos resultados y manejo ambulatorio

de la mediastinoscopía hacen que su desarrollo en la Argentina sea lento. Además, si el EBUS da un resultado negativo, debe realizarse la mediastinoscopía.

Esto debe incentivar a poder tener en todas las provincias argentinas a cirujanos torácicos que realicen la técnica de mediastinoscopía, para brindar a los pacientes una correcta estadificación.

Conflictos de interés: El autor declara no tener conflictos de intereses relacionados con el tema de esta publicación.

Bibliografía

1. Sánchez de Cos J, Hernández Hernández J, Jimenez López M, Padrones Sánchez S, Rosell Gratacos A, Rami Porta R. Normativa SEPAR sobre estadificación del Cáncer de Pulmón. Arch Bronconeumol 2011;47(9):454-465.
2. Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas CONSENSO NACIONAL INTER-SOCIEDADES SOBRE CARCINOMA DE PULMÓN NO CÉLULAS PEQUEÑAS (CPNCP) Marzo 2012.
3. Defranchi S, Parrilla G, Favalaro R, Martínez V, Bertolotti A. El valor predictivo negativo de la mediastinoscopía realizada por cirujanos torácicos. Rev Am Med Resp 2016; 16: 1.