

LA FIBROBRONCOSCOPIA EN LA HIDATIDOSIS PULMONAR COMPLICADA

A. SEBASTIAN, A. MARTINEZ-BERGANZA*, S. CARRIZO, J.A. FIGUEROLA y M.A. SERRANO

Hospital de Enfermedades del Tórax de Zaragoza.
* Servicio de Neumología. Departamento de Medicina.
Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Se analiza el rendimiento de la fibrobroncoscopia en el diagnóstico de 64 casos de hidatidosis pulmonar complicada. Esta técnica ha resultado ser más rentable en el caso de coexistencia de infección parenquimatosa pulmonar. La especificidad de la misma ha sido del 100 %. Se concluye la indicación de fibrobroncoscopia en los casos de hidatidosis pulmonar complicada recientemente, así como la necesidad de estudios sobre la evolución de esta enfermedad.

Arch Bronconeumol 1987; 23:115-117

Fiberoptic bronchoscopy in complicated pulmonary hydatidosis

The performance of fiberoptic bronchoscopy in the diagnosis of complicated pulmonary hydatidosis was studied in 64 patients with this disease. This diagnostic method showed a greater cost-effectiveness when a concomitant pulmonary parenchymatous infection was present. The specificity of the technique was 100 %. It is concluded that fiberoptic bronchoscopy is indicated in pulmonary hydatidosis recently complicated. The need for more studies on the course of the disease is emphasized.

Introducción

Es indudable la aportación que la fibrobroncoscopia (FB) ha supuesto para el diagnóstico de gran cantidad de enfermedades del aparato respiratorio, sobre todo es relevante su indicación en el diagnóstico de los tumores situados en las vías aéreas gruesas. Sin embargo, su interés es menor si se trata de patología localizada en el parénquima pulmonar no visible desde los bronquios, como es el caso de la hidatidosis pulmonar.

A pesar de que la hidatidosis pulmonar (HP), asienta en el parénquima, es frecuente que evolucione hacia la ruptura, afectando secundariamente a estructuras vecinas (pleura y bronquios), y cuando esto ocurre en las vías aéreas, se ha sugerido por algún autor la utilidad de la FB para realizar el diagnóstico¹.

Dado que la hidatidosis pulmonar complicada (HC) plantea problemas diagnósticos al modificar las características radiomorfológicas del quiste primitivo, hemos partido de la hipótesis que la FB podría aportar datos para su diagnóstico; por ello,

en este trabajo pretendemos describir los hallazgos broncoscópicos más característicos con el fin de establecer su rentabilidad en la complicación de la HP.

Material y métodos

Se trata de 64 pacientes con HC que son parte de un total de 119 enfermos ingresados con HP entre enero de 1980 y diciembre de 1984. Además de las pruebas complementarias habitualmente utilizadas para el diagnóstico de la enfermedad hidatídica (serología, Casoni, radiografía simple y planigrafía de tórax, citología de esputos y ecografía abdominal) se exigió en todos los casos que el tejido hidatídico fuera puesto en evidencia por toracotomía.

Cuando existieron signos clínicos y/o radiográficos compatibles con rotura y/o infección de quiste hidatídico pulmonar se realizó endoscopia de vías respiratorias utilizando indistintamente dos fibrobronoscopios flexibles Olympus (BF-2 y 1-TR) que presentan como única diferencia sustancial un milímetro de diámetro externo. Para la extracción de las membranas intra-bronquiales (MB) se utilizó el canal de aspiración y en los casos en que estaban firmemente adheridas a la mucosa bronquial se removió la membrana por medio de una pinza de fórceps previa a la succión, empleando una técnica semejante a la de extracción de cuerpos extraños de consistencia blanda. Posteriormente la membrana obtenida era estudiada histopatológicamente.

Cuando no se objetivó la presencia de MB se realizó aspirado bronquial en los lóbulos donde se localizaba radiológicamente

Recibido el 1-9-1986 y aceptado el 5-11-1986.



TABLA I
Clínica

	N	%
Tos	48	75
Hemoptisis	25	39
S. general (fiebre)*	21	32.8
Disnea	10	15.6
Dolor torácico	6	9
Vómitica	6	9
Urticaria	2	3.1
Asintomáticos	—	—
Biliopitisis	—	—
Analítica de laboratorio:		
Anemia	5	7.8
Leucocitosis**	14	12.9
Eosinofilia	28	43.7

* Respecto a la asociación con presencia de membranas hidatídicas intrabronquiales corresponde un CHI-2 con una p menor de 0.05.

** Respecto a la asociación con la presencia de membranas hidatídicas intrabronquiales corresponde una p menor de 0.05.

TABLA II
Presentación radiológica

	N	%	n.	f. %
Tamaño > 6 cm	38	59,4	12	31,5
Tamaño < 6 cm	22	34,4	3	13,6
Morfología regular	24	37,5	3	12,5
Morfología irregular	36	56,2	12	33,5
Límites netos	28	43,6	4	14,2
Límites imprecisos	32	50	11	34,3
Apertura bronquial	22	34,4	4	18,1
Separación endoquiste	6	9,4	—	—
Colapso	14	21,9	6	42,8
Perineumonitis*	26	40,6	10	38,4
Derrame libre	14	21,9	5	35,7
Hidroneumotórax	6	9,4	2	33,3

N: Número total de casos (de 64).

%: Porcentaje de la presentación radiológica sobre el número total de casos (64).

n.: Número de casos con hallazgos fibrobroncoscópicos positivos.

f. %: Porcentaje de casos FB positivos de una presentación radiológica sobre el número total de casos de dicha presentación radiológica.

*: Significación entre tipo de presentación radiológica y FB positiva; p < 0,05.

TABLA III
Hallazgos fibrobroncoscópicos

	N	%
Normal	35	54,7
Inflamación	25	39
Compresión	4	6,3
Membrana	15	23,4
Total de pacientes: 64.		

el quiste hidatídico y posteriormente el aspirado era procesado para estudio citológico. Se consideró que existía quiste hidatídico roto cuando esta prueba evidenciaba la existencia de escolex.

El tratamiento estadístico ha sido realizado a través de una terminal Facit VT-52, conectado a un VAX 11/780 del Centro de Cálculo de la Universidad de Zaragoza. Se ha utilizado un paquete estadístico como es el SPSS (Statistical Package for the

Social Sciences) realizado por la Universidad de Chicago. El estudio estadístico abarcó la determinación de la media (\bar{x}), desviación estándar (SD), así como el cálculo del test de la homogeneidad utilizando para variables cuantitativas y el χ^2 para las cualitativas. Se exigió una significancia de p menor de 0,05.

Resultados

En nuestra serie, encontramos un porcentaje de HC del 53,8 % sobre el total de HP, no existiendo diferencias estadísticamente significativas para p < 0,05 por sexo o edad. Todos los pacientes con HC relataron sintomatología previa, estos síntomas la mayoría de las veces consistían en tos y dolor torácico, en menos ocasiones se trataba de disnea, expectoración, fiebre y astenia; tan solo cinco pacientes manifestaron historia clínica compatible con «vómitica hidatídica» (tabla I). La antigüedad media de esta sintomatología era de 32 ± 11 meses.

La HC se presentó radiológicamente (tabla II) de forma más frecuente como una imagen de tamaño mayor de 6 cm, con morfología irregular y límites imprecisos, con una alta frecuencia (40 %) de neumonitis periquística.

Las imágenes patológicas broncoscópicas que pueden observarse con el FB en la HC fueron de tres tipos (tabla III): inflamación de la mucosa bronquial que correspondía con la localización del quiste hidatídico, fue la más frecuente con el 39 % de los casos. Compresión (desplazamiento) bronquial en el 6 %. Y por último, la visualización de la membrana hidatídica intrabronquial, pudo establecerse en el 23 %. En todos los casos anteriores la anatomía patológica confirmó la existencia de tejido hidatídico. En un 55 %, la FB era completamente normal.

La citología del aspirado bronquial evidenció la existencia de escolex en cuatro casos (8 %); tres de éstos se correspondían con imágenes patológicas de inflamación bronquial y uno con desplazamiento bronquial. Esta técnica no se realizó en aquellos casos en que se visualizó la membrana hidatídica intrabronquial.

El período medio de evolución de la sintomatología fue de 29 ± 15 días, estadísticamente significativo (p < 0,001) respecto al largo período que presentaban en conjunto todos los pacientes con HC. De la sintomatología señalada únicamente se pudo relacionar con la presencia de membranas hidatídicas intrabronquiales, la fiebre (p < 0,05); de la analítica sanguínea, el número de leucocitos (p < 0,05); y de las imágenes radiológicas, la neumonitis periquística (p < 0,02). Todas ellas en conjunto exponentes de infección parenquimatosa.

La incidencia de complicaciones de la FB fue mínima en nuestra serie, consistiendo en hemoptisis de pequeña cuantía y autolimitada en tres casos.



Discusión

De las imágenes fibrobronoscópicas que se observaron en la HC, los signos inflamatorios resultaron ser totalmente inespecíficos y por lo tanto superponibles a los encontrados en otras enfermedades bronquiales, por lo que carece de valor diagnóstico en la HC. La compresión extrínseca bronquial por quiste hidatídico íntegro o simple es un hallazgo relativamente infrecuente ya que en estas situaciones es de esperar que sea el quiste el que se deforme antes, por su menor consistencia, aun así, se ha reportado en el 23 % de los pacientes². En el caso de la HC, al producirse la rotura del quiste, la citada compresión debe ceder y el árbol bronquial volver a su posición normal; estos hechos debieron ocurrir en nuestra casuística, donde sólo apareció este signo en cuatro pacientes (6 %), porcentajes pequeños que también han sido señalados para este signo por otros autores². Aunque esta compresión extrínseca de los bronquios está acreditada como sugestiva de hidatidosis pulmonar, su escasa frecuencia de presentación en la HC y sobre todo su inespecificidad al poder ser confundido con otros procesos expansivos pulmonares, hacen que su interés quede relegado.

El tercer signo broncoscópico, la visualización de la membrana intrabronquial, aunque sólo apareció en un 23 % de los casos, posee una elevada especificidad; la anatomía patológica lo confirmó en el 100 % de los casos, no existiendo situaciones de confusión con tapones de secreción bronquiales. Otros trabajos han señalado todavía una mayor rentabilidad para esta técnica, visualizando la membrana hidatídica intrabronquial hasta en el 32 % de sus pacientes, incluso a pesar de haber utilizado en algunos un broncoscopio rígido^{2,3}; quizás estas diferencias sean secundarias a que sus pacientes gozaran en conjunto de un período de evolución más corto entre la rotura del quiste y la realización de la FEB.

Las correlaciones estadísticas entre los hallazgos broncoscópicos de MB y los diferentes parámetros clínico-radiológicos indican la existencia de una relación temporal entre infección parenquimatosa y rotura quística, expresada por la presencia de MB detectables en la FB. En este sen-

tido otros autores han demostrado¹ la existencia de una asociación temporal entre rotura quística reciente e infección pulmonar.

Los resultados citológicos obtenidos a partir de aspirado bronquial, debido a su escasa sensibilidad, no permiten establecer correlaciones con ningún otro parámetro. Aunque la citología seriada de esputos ha sido recomendada por algún autor⁴, otros han encontrado que también presenta una baja sensibilidad⁵. En el caso del aspirado bronquial no se encuentran referencias con respecto a su sensibilidad.

Dados nuestros resultados, pensamos que la anatomía patológica puede no ser necesaria, bastando la imagen broncoscópica para establecer el diagnóstico. En conclusión, pensamos que la FB está indicada en la HC, sobre todo si se sospecha que esta complicación es reciente, aunque es difícil por anamnesis establecer el tiempo de evolución; otro motivo para la realización de la FB es el de su elevada especificidad, que permite un diagnóstico diferencial seguro con otros procesos pulmonares que también cursan radiológicamente con imágenes de cavitación. Se precisan otros estudios que relacionen el tiempo de evolución desde la rotura del quiste con la presencia de MB para establecer definitivamente el lugar de la FB en la HC.

BIBLIOGRAFÍA

1. McPhail JL, Arora TS. Intrathoracic hydatidic disease. *Chest* 1967; 52:772-781.
2. García de Cabo A, Sánchez Agudo L, Nevado Caballero A, Gil Lodeiro M, Guerra Sanz FJ. Hidatidosis pulmonar. Aspectos broncológicos. *Arch Bronconeumol* 1981; 17:54-56.
3. Viejo Bañuelos JL, Gallo Marín F, González Rapallo C, Aramendi Sánchez T, Huidobro Barriuso JA, García Muñoz JP. La broncofibroscopia como único diagnóstico de hidatidosis pulmonar. III Reunión Científica Nacional de la Asociación Española de Hidatiología, Burgos 1982.
4. Janine A, Tomb M, Matossian RM. Diagnosis of pulmonary hydatidosis by sputum cytology. *The Johns Hopkins Med J* 1976; 139:38.
5. Garrote Lara D, Ayarra Jarne J, Chaves Pecero F, Loscertales Abril J. Nuestra experiencia en el diagnóstico de la hidatidosis pulmonar. A propósito de 72 observaciones. *Arch Bronconeumol* 1982; 18:32-40.