

REVISTA DE
PATOLOGÍA RESPIRATORIA

www.elsevier.es/pr



NOTA CLÍNICA

Experiencia inicial en el diagnóstico de patologías distintas al carcinoma broncogénico por ecobroncoscopia

R. García Luján^{a,*}, L. Comeche Casanova^a, M.I. Verdugo Cartas^a,
E. de Miguel Poch^a, A. Acevedo^b y J.M. Echave Sustaeta^a

^aServicio de Neumología, Hospital Quirón, Madrid, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Quirón, España

Recibido el 1 de febrero de 2012; aceptado el 4 de mayo de 2012

PALABRAS CLAVE

Ecobroncoscopia;
Sarcoidosis;
Linfoma

KEYWORDS

Endobronchial
ultrasound;
Sarcoidosis;
Lymphoma

Resumen La ecobroncoscopia es una técnica que ha demostrado su utilidad en el estudio y estadificación del carcinoma broncogénico. Su utilidad en otro tipo de lesiones, especialmente en procesos granulomatosos y linfoproliferativos es más discutida. Presentamos nuestra experiencia en el diagnóstico de este tipo de lesiones en los primeros meses de actividad en nuestro centro y una breve revisión de los últimos artículos publicados en esta línea.

Non bronchogenic carcinoma diseases diagnosis by endobronchial ultrasound initial experience

Abstract Endobronchial ultrasound is highly accurate procedure for the examination and staging of lung carcinoma. Its usefulness in other diseases like granulomatous and linfoproliferative illness is less clear. We show our initial experience in the diagnosis of these type of diseases and a short review of the recent articles published.

Introducción

La ecobroncoscopia (EBUS) es una técnica descrita en 1992¹, que ha facilitado la obtención no invasiva de muestras anatomopatológicas de los ganglios mediastínicos y que se ha implantado de manera definitiva en muchos centros en los

últimos años, puede utilizar un transductor radial o lineal. La imagen obtenida con el sistema radial muestra en el mismo plano las estructuras anatómicas peritraqueales y peribronquiales en un radio de 360 grados, permitiendo visualizar la estructura de la pared bronquial y de los ganglios mediastínicos. La realización de una EBUS radial previa a la

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rgluan@hotmail.com (R. García Luján).

punción transbronquial ciega mejora la sensibilidad de la técnica, al permitir la visualización del ganglio al que se debe acceder.

La incorporación del EBUS con sistema lineal (fig. 1) al utillaje endoscópico ha posibilitado la visualización del mediastino paratraqueal y parabronquial en sección lineal, y la punción bajo control visual en tiempo real (EBUS-TBNA), abriendo nuevas posibilidades de exploración no quirúrgica del mediastino². Aunque esta técnica ha demostrado su utilidad en el carcinoma broncogénico (CB) no sólo se emplea en este ámbito, sino que permite el diagnóstico de adenopatías mediastínicas secundarias a procesos granulomatosos (sarcoidosis o tuberculosis) y a procesos linfoproliferativos. A continuación exponemos nuestra experiencia de los primeros 6 meses en el diagnóstico de lesiones distintas a CB por EBUS.

Observación clínica

Desde que se inició la actividad en ecobroncoscopia (EBUS) en la Unidad de Endoscopia Respiratoria (UER) del hospital Quirón de Madrid, en julio de 2011, en 6 meses se han realizado un total de 28 EBUS.

Todas las exploraciones se han realizado de forma ambulatoria en régimen de hospital de día. El motivo de indicación del EBUS fue la estadificación ganglionar de CB en 13 casos y diagnóstico de lesiones mediastínicas en 15. De éstas en 5 casos se trataba de masas hiliares o paramediastínicas (todas ellas con diagnóstico definitivo de CB).

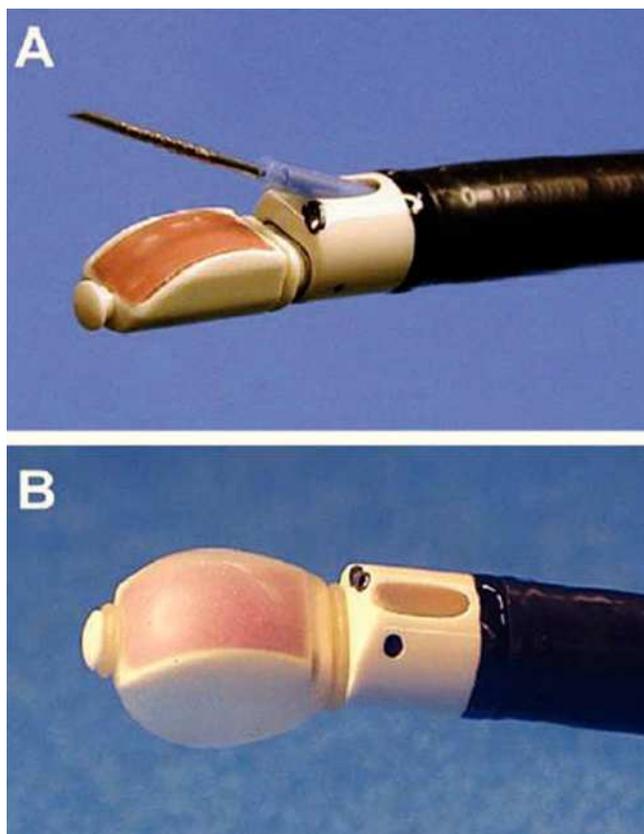


Figura 1 Imagen de EBUS lineal que permite la punción en tiempo real. A: balón desinflado; B: balón inflado.

En los otros 10 casos restantes el motivo de indicación fue la existencia de adenopatías mediastínicas sin diagnóstico. De estos casos 4 fueron diagnosticados de sarcoidosis (figs. 2 y 3) y 2 casos de linfoma no Hodgkin (LNH) (figs. 4 y 5) ambos de células B. En los otros cuatro casos sin diagnóstico definitivo el resultado fue de hiperplasia linfoide, habiéndose realizado mediastinoscopia en dos de ellos, sin obtener tampoco diagnóstico histológico definitivo, y pauta de observación radiológica en los otros dos. No se produjeron complicaciones en ningún paciente.

Por tanto, a modo de resumen, en el 60% de los casos con adenopatías mediastínicas a estudio sometidas a EBUS se obtuvo un diagnóstico definitivo de proceso linfoproliferativo o granulomatoso. Un dato relevante es que dispusimos de análisis citológico *in situ* (ROSE) en todos ellos y que en los casos de LNH se pudo realizar citometría de flujo (fig. 6) el mismo día de la prueba permitiendo el diagnóstico rápido del paciente.



Figura 2 Adenopatía paratraqueal derecha (4R) cuyo diagnóstico citohistológico de EBUS-TBNA fue de proceso granulomatoso secundario a sarcoidosis.

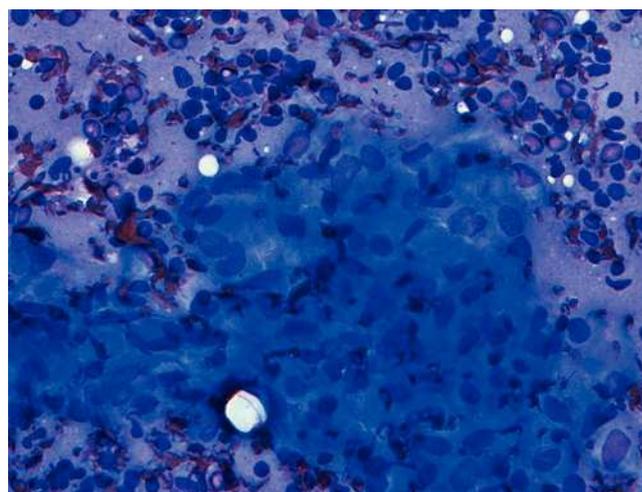


Figura 3 Visión citológica de adenopatía subcarinal con granulomas sarcoidesos.



Figura 4 Adenopatía subcarinal cuyo diagnóstico citofistológico de EBUS-TBNA tras análisis *in situ* y citometría de flujo fue linfoma no Hodgkin de célula B.

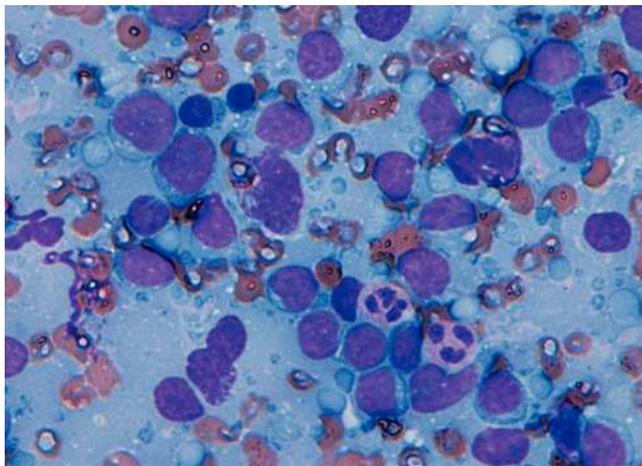


Figura 5 Visión citológica de adenopatía con diagnóstico definitivo de linfoma de Hodgkin.

Discusión

Con los últimos resultados publicados puede considerarse al EBUS como la técnica de primera elección en la estadificación de la neoplasia broncopulmonar, ya que combina una máxima especificidad con una sensibilidad muy elevada. Su utilidad en el diagnóstico de adenopatías mediastínicas secundarias a otras etiologías distintas a CB es más discutida.

En este sentido un metaanálisis publicado en el 2009³, demostraba que en los procesos granulomatosos, y en especial en la sarcoidosis, el EBUS tenía también una elevada rentabilidad. Estos datos se han confirmado con artículos más recientes que demuestran que la sensibilidad del EBUS-TBNA para enfermedades granulomatosas era superior al 80%⁴ (sarcoidosis 80,4%, tuberculosis 84,2%) y que ésta era claramente superior a la rentabilidad de las técnicas endoscópicas tradicionales como la biopsia transbronquial o punción transbronquial ciega⁵.

En el metaanálisis al que hacíamos referencia³ se afirmaba que la utilidad del EBUS en el diagnóstico de procesos linfoproliferativos era bastante más discutida, ya que hasta ese momento sólo existía un artículo retrospectivo que exploraba su utilidad en este tipo de patologías. En los últimos años, sin embargo, han aparecido varias publicaciones que demuestran que el EBUS-TBNA es muy útil en el estudio de adenopatías mediastínicas cuando existe la sospecha de procesos linfoproliferativos, y que es necesario un manejo adecuado de las muestras obtenidas para que el análisis del inmunofenotipo u otras técnicas permita el diagnóstico exacto del tipo de lesión⁶.

Estudios recientes demuestran que, aunque la sensibilidad del EBUS es claramente inferior en los linfomas en relación al CB (57% frente al 94%), es la técnica de abordaje inicial cuando existe la sospecha clínica de que las adenopatías mediastínicas puedan ser secundarias a procesos linfoproliferativos, debiendo reservar las técnicas quirúrgicas, en especial la mediastinoscopia para los casos en los que ésta no permita el diagnóstico definitivo.

En nuestra limitada experiencia por el escaso tiempo desde que disponemos de la técnica podemos afirmar que el

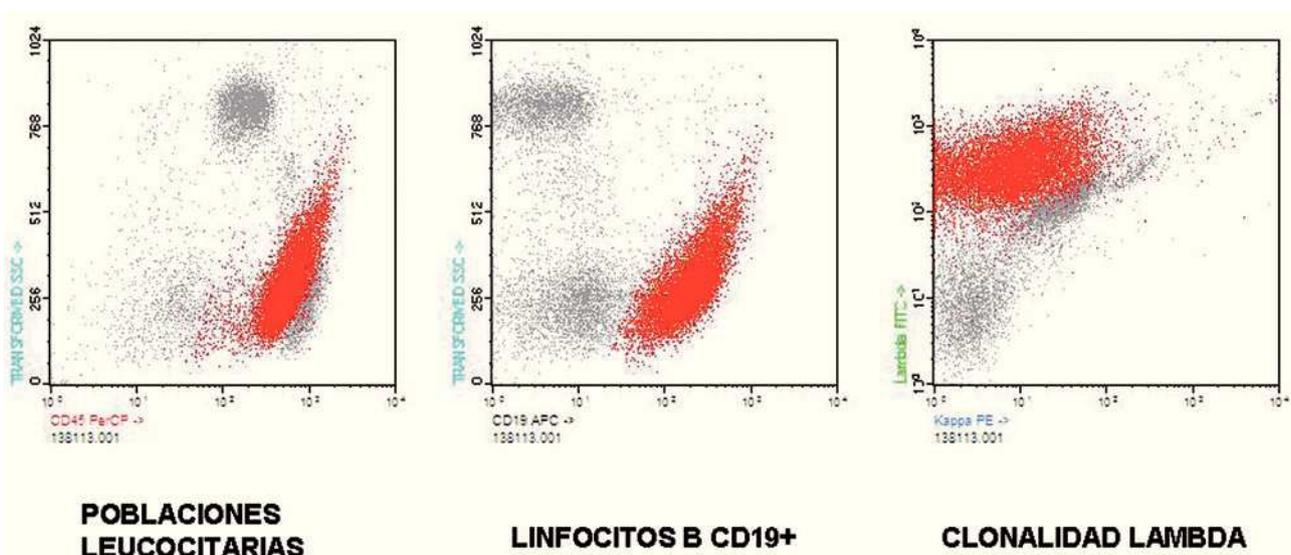


Figura 6 Imagen de citometría de flujo de adenopatía puncionada con EBUS con diagnóstico definitivo de linfoma.

EBUS es una técnica útil en adenopatías mediastínicas secundarias a procesos granulomatosos o linfoproliferativos, y que debe ser la primera técnica diagnóstica en estos casos, reservando la mediastinoscopia para aquellos en los que no se obtenga un diagnóstico concluyente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Hürter T, Hanrath P. Endobronchial sonography: feasibility and preliminary results. *Thorax*. 1992;47:565-7.
2. Krasnik M, Vilmann P, Larsen SS, Jacobsen GK, Rintoul RC. Preliminary experience with a new method of endoscopic transbronchial real-time ultrasound guided biopsy for diagnosis of mediastinal and hilar lesions. *Thorax*. 2003;58:1083-6.
3. Varela-Lema L, Fernández-Villar A, Ruano-Ravina A. Effectiveness and safety of endobronchial ultrasound-transbronchial needle aspiration: a systematic review. *Eur Respir J*. 2009;33:1156-64.
4. Çağlayan B, Salepçi B, Fidan A, Kiral N, Cömert SS, Yavuzer D, et al. Sensitivity of convex probe endobronchial sonographically guided transbronchial needle aspiration in the diagnosis of granulomatous mediastinal lymphadenitis. *Respirology*. 2011;16:467-72.
5. Navani N, Booth HL, Kocjan G, Falzon M, Capitanio A, Brown JM, et al. Combination of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration with standard bronchoscopic techniques for the diagnosis of stage I and stage II pulmonary sarcoidosis. *Cancer Cytopathol*. 2011;119:118-26.
6. Marshall CB, Jacob B, Patel S, Sneige N, Jiménez CA, Morice RC, et al. The utility of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration biopsy in the diagnosis of mediastinal lymphoproliferative disorders. *J Thorac Oncol*. 2010;5:804-9.
7. Steinfurt DP, Conron M, Tsui A, Pasricha SR, Renwick WE, Antippa P, et al. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration for the evaluation of suspected lymphoma. *Eur Respir J*. 2009;33:1156-64.