



Asma bronquial y biopsia transbronquial. Tres preguntas

Sr. Director: Recientemente ha aparecido en la bibliografía médica cierta controversia sobre el uso de la biopsia transbronquial (BTB) en pacientes con asma persistente como técnica para valorar los cambios inflamatorios subyacentes en la vía aérea distal^{1,2}. Según las diversas consideraciones, los que se manifiestan a favor de utilizar esta técnica defienden que la existencia de estos cambios inflamatorios es una realidad y que, por tanto, es necesario obtener datos sobre el proceso inflamatorio subyacente. Sus defensores recalcan que esta técnica es la mejor manera de estudiar estos cambios inflamatorios, ya que proporciona una información que ni las técnicas de imagen, ni el lavado broncoalveolar, ni las biopsias bronquiales aportan¹. Por otro lado, los detractores estiman que, aunque se pueden obtener muestras válidas por esta técnica, aún no existen datos definitivos para interpretar de forma correcta el significado de los cambios en la celularidad de estos pacientes y, por consiguiente, los resultados de la BTB no compensan los riesgos que existen al obtenerlas². A este respecto, nos gustaría hacer algunas consideraciones.

En primer lugar, estamos de acuerdo en considerar que, si en algún momento es necesario tener información sobre la vía aérea distal, probablemente la BTB sería la forma más adecuada, ya que, aunque invasiva, es la técnica menos agresiva de las que disponemos hoy día para obtener dicho material. Así lo confirman Balzar et al, quienes tras analizar las BTB de 12 pacientes con asma grave obtienen muestra de vía aérea en aproximadamente el 45% de las muestras, de las que la mayoría era de vía aérea fina, definida como vía aérea sin cartílago ni glándulas mucosas que presentaban tejido alveolar anexo, con bajo número de complicaciones³.

Sin embargo, la primera pregunta que nos gustaría plantear es: ¿realmente necesitamos la información de la BTB para evaluar a pacientes con asma persistente? Probablemente la respuesta será no, ya que hasta el momento, que sepamos, no existe ningún marcador morfológico ni citológico que nos ayude a determinar el mejor tratamiento para estos pacientes o nos dé una idea del pronóstico. Incluso en aquellos pacientes asmáticos que presentan un cuadro de bronquiolitis asociada, el resultado de la BTB probablemente no cambiaría la actitud terapéutica, principalmente basada en corticoides. Por este motivo, parece que hay consenso en relegar el papel de la BTB en pacientes asmáticos al ámbito de la investigación^{1,2}.

Una vez hecha esta consideración, la segunda e inevitable pregunta que surge es la siguiente: ¿es ético realizar una prueba diagnóstica invasiva a un paciente, ya de por sí castigado por una enfermedad limitante, como es el asma persistente, que no se va a traducir en cambio de tratamiento alguno ni nos va a dar información definitiva sobre el

pronóstico? Probablemente tengamos que responder que no. Al menos, en el mejor de los casos, tendremos que decir que es una decisión que habría que tomar con prudencia, ya que aunque la BTB es una técnica considerada segura en manos expertas, no está exenta de complicaciones⁴.

Por otro lado, también es cierto que el estudio de la vía aérea distal en pacientes con asma persistente, en este caso mediante BTB, es un campo de investigación importante que en el futuro puede arrojar alguna luz sobre la fisiopatología de esta dramática enfermedad y, por tanto, dar un rayo de esperanza a estos pacientes, aportando nuevas opciones terapéuticas. Por tanto, pensamos que antes de entrar en la discusión sobre si el número de bronquiolos terminales obtenidos en una BTB es suficiente o no para valorar la vía aérea distal, o bien si la distribución celular es igual al resto de la población o no, o bien si estos cambios celulares entre vía aérea normal y fina son o no significativos, hay una pregunta a la que deberíamos responder: ¿están justificados los posibles riesgos de una BTB por resultados potenciales de la investigación?

**J.L. López-Campos Bodineau,
J. Fernández Guerra y L. Moreno Arrastio**
Unidad de Neumología. Hospital Costa
del Sol. Marbella (Málaga) España.

1. Boulet LP. Transbronchial biopsy as a tool to evaluate small-airways disease in asthma. *Pros Eur Respir J* 2002;20:247-8.
2. James A, Carrol N. Transbronchial biopsy as a tool to evaluate small-airways disease in asthma. *Cons Eur Respir J* 2002;20:249-51.
3. Balzar S, Wenzel SE, Chu HW. Transbronchial biopsy as a tool to evaluate small airways in asthma. *Eur Respir J* 2002;20:254-9.
4. Bollinger CT, Mathur PN. ERS/ATS statement on interventional pulmonology. *Eur Respir J* 2002;19:365-73.