

Cartas al Director

Punción-aspiración transesofágica guiada por ecobroncoscopio**Transesophageal endobronchial ultrasound-guided fine-needle aspiration**

Sr. Director:

La metodología para el diagnóstico y estadificación mediastínica del cáncer de pulmón ha evolucionado considerablemente con la introducción de la ecoendoscopia digestiva (EUS-FNA) y posteriormente la ecobroncoscopia (EBUS-TBNA). Sin embargo, el uso de dos instrumentos distintos requiere la compra y mantenimiento de sendos equipos costosos y se necesitan dos especialistas diferentes. Para solucionar estos problemas y simplificar el procedimiento, recientemente se ha propuesto la utilización de un solo instrumento, el ecobroncoscopio, tanto por vía traqueal como esofágica^{1,2}. La punción-aspiración transesofágica con aguja fina guiada por ecobroncoscopio se ha denominado EUS-B-FNA³ y puede ser realizada por el broncoscopista en el mismo acto que la ecografía endobronquial. En este trabajo presentamos la primera experiencia del uso del ecobroncoscopio por vía esofágica que se publica en nuestro país.

Se realizó EUS-B-FNA en tres pacientes, con sedación consciente, mediante un modelo BF-UC160F (Olympus, Tokio, Japón). El primer caso correspondía a un varón de 69 años de edad con antecedentes de EPOC e insuficiencia respiratoria crónica, en el que existía sospecha de neoplasia de esófago a pesar de dos endoscopias negativas. La tomografía axial computarizada (TAC) evidenció adenopatía subcarinal de 1,79 x 1,01 cm, además de engrosamiento de la pared en tercio distal del esófago. La ecobroncoscopia dirigida a la adenopatía en área 7 hubo de suspenderse por disnea intensa y desaturación. En un segundo tiempo se realizó EUS-B-FNA, identificando masa periesofágica de 2,35 cm a 35 cm de arcada dentaria, así como la adenopatía subcarinal. Tras la punción transesofágica de ambas lesiones se obtuvo el diagnóstico citológico de carcinoma epidermoide de esófago con extensión ganglionar mediastínica. Los otros casos eran dos varones de 68 y 81 años de edad respectivamente, con sendas masas pulmonares en lóbulo superior izquierdo próximas al esófago. En ambos pacientes, tanto la broncoscopia como la ecobroncoscopia ofrecieron a priori, una baja probabilidad de diagnóstico, por lo que en la misma sesión se realizó EUS-B-FNA. Mediante esta técnica se identificaron las lesiones pulmonares a 24 y 21 cm respectivamente de la arcada dentaria. Los resultados de la punción transesofágica correspondieron a carcinoma epidermoide en el primer caso (fig. 1) y adenocarcinoma en el segundo.

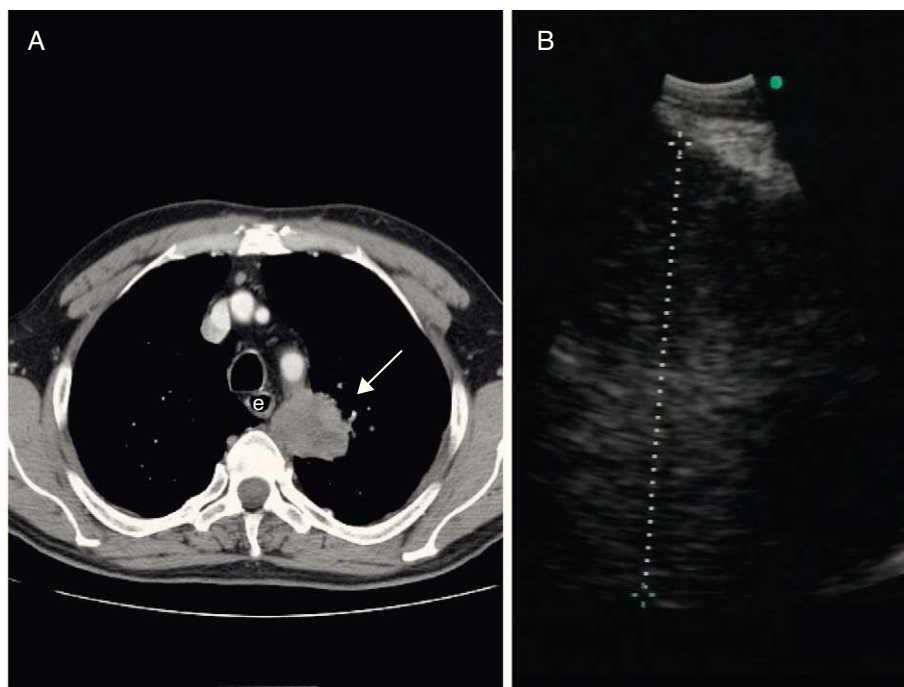


Figura 1. A: Tomografía axial computarizada en la que se observa masa (flecha) en lóbulo superior izquierdo junto al esófago (e). B: Imagen ecográfica de la masa a través del esófago.

La realización de EUS-B-FNA tiene un rendimiento diagnóstico similar a la ecoendoscopia digestiva en la estadificación del mediastino^{1,2} y permite reducir la inversión inicial, los costes del procedimiento y el tiempo de la técnica⁴. Sin embargo, el ecobroncoscopio actual no permite el acceso a localizaciones extratorácicas y tiene menor resolución y penetración ecográficas que el ecoendoscopia digestivo, cuyo rango de escaneado es más amplio¹. Por ello se ha propuesto el desarrollo de un ecobroncoscopio híbrido específico con algo más de longitud, que incorpore algunos cambios menores de diseño como el ajuste variable de la aguja².

Además de los beneficios desde el punto de vista logístico, otra eventual ventaja del uso del ecobroncoscopio por vía esofágica es la mejor tolerancia de esta vía respecto a la traqueal en pacientes con tos severa a pesar de una adecuada sedación, y en individuos con función respiratoria comprometida⁴, como el caso número 1 aportado. Actualmente, EUS-FNA constituye el método de preferencia para la estadificación del cáncer de esófago⁵, y no es conocido el posible papel de EUS-B-FNA en esta situación. La utilización del ecobroncoscopio a través del esófago para punción de masas pulmonares únicamente ha sido descrita en tres casos de la primera serie de Hwangbo et al³. En los dos últimos casos de nuestro trabajo se obtuvo el diagnóstico de carcinoma broncogénico mediante EUS-B-FNA en la misma sesión en que se efectuaron las técnicas broncoscópicas y con un solo operador, lo que evitó más exploraciones.

El ecobroncoscopio utilizado por ambas vías (traqueal y esofágica) ofrece una estadificación casi completa del mediastino con un solo instrumento y en una única sesión⁴. Además, de la misma manera que la ecografía endobronquial ha demostrado su utilidad para establecer el diagnóstico primario de cáncer de pulmón⁶, la

punción transesofágica guiada por ecobroncoscopio podría utilizarse con el mismo fin, bien como técnica inicial o tras la realización de exploraciones broncoscópicas.

Bibliografía

1. Hwangbo B, Lee GK, Lee HS, Lim KY, Lee SH, Kim HY, et al. Transbronchial and transesophageal fine-needle aspiration using an ultrasound bronchoscope in mediastinal staging of potentially operable lung cancer. *Chest*. 2010;138:795-802.
2. Herth FJ, Krasnik M, Kahn N, Eberhardt R, Ernst A. Combined endoscopic-endobronchial ultrasound-guided fine-needle aspiration of mediastinal lymph nodes through a single bronchoscope in 150 patients with suspected lung cancer. *Chest*. 2010;138:790-4.
3. Hwangbo B, Lee HS, Lee GK, Lim KY, Lee SH, Kim HY, et al. Transoesophageal needle aspiration using a convex probe ultrasonic bronchoscope. *Respirology*. 2009;14:843-9.
4. Annema JT, Rabe KF. Endosonography for lung cancer staging: one scope fits all? *Chest*. 2010;138:765-7.
5. Jamil LH, Gill KR, Wallace MB. Staging and restaging of advanced esophageal cancer. *Curr Opin Gastroenterol*. 2008;24:530-4.
6. Sanz-Santos J, Andreo F, Sánchez D, Castellá E, Llatjós M, Bechini J, et al. Utilidad de una consulta monográfica de diagnóstico rápido de cáncer de pulmón. Aportaciones de la ecobroncoscopia. *Arch Bronconeumol*. 2010;46:640-5.

José Franco* y Erick Monclou

Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: franco_jos@gva.es (J. Franco).

doi:10.1016/j.arbres.2011.02.013

Exposición pasiva al tabaco y caries dental de los niños

Exposure to Secondhand Smoke and Dental Caries in Children

Sr. Director:

En 1986, el informe de US Surgeon General and the National Research Council mostró las evidencias disponibles sobre los efectos adversos de la exposición pasiva al tabaco y la salud en los niños¹. Informes posteriores identificaron más efectos de la exposición pasiva en los niños y señalaron a la exposición pasiva como causante de numerosos efectos adversos en los niños expuestos².

Existe una evidencia concluyente de la relación entre la exposición pasiva al humo del tabaco y la presentación de síntomas respiratorios^{3,4}.

Presentamos en este estudio el incremento del riesgo de caries dental en la dentición tanto temporal como definitiva en niños cuyos padres son fumadores.

En una muestra de 281 niños de 5 a 14 años de edad, que fueron atendidos consecutivamente en un centro de atención primaria en el que estudiamos inicialmente la relación entre la presencia de caries con la higiene dental y hábitos dietéticos⁵, queremos mostrar los resultados que hemos encontrado en relación con la exposición

al tabaco de los padres y la presencia de caries en los niños. La exploración odontológica fue realizada por dos odontólogas según la metodología de la Organización Mundial de la Salud y por medio de cuestionarios estructurados se determinó la frecuencia de cepillado, la ingesta de dulces y el tabaquismo de los padres. Tras la realización de un estudio descriptivo se realizó un análisis multivariado de regresión logística utilizando como variable dependiente la presencia o no de caries tanto en la dentición temporal como en la definitiva. En la *tabla 1* se objetiva que la prevalencia de caries en el análisis univariado se incrementa progresivamente a medida que se incrementa el tabaquismo en los padres de los niños, pasando del 12,4% en los niños cuyos padres no fuman al 28,3% si fuman los dos en la dentición definitiva. El mismo fenómeno se objetiva en la dentición temporal, pasando del 21,6 a 34,8%. Tras la realización del análisis multivariado ajustando por edad, ingesta de dulces, frecuencia de cepillado y exposición al tabaco, se objetiva un incremento progresivo del riesgo de caries que aunque no alcanzó significación estadística es consistente con estudios que muestran el incremento del riesgo de caries con la exposición al tabaco⁶. Estos datos sugieren un efecto dosis-respuesta entre el tabaquismo de los padres y la probabilidad de tener caries consistente con lo que se conoce en relación con los mecanismos fisiopatológicos de la caries y su plausibilidad biológica.