



Cartas al Director

Punción transbronquial con o sin EBUS: esta es la cuestión**TBNA or EBUS-TBNA? That is the Question**

Sr. Director:

En un principio, felicitamos a Cos y a sus colaboradores por su iniciativa y contribución inestimable en este importante campo de la oncología torácica que representa el diagnóstico de extensión del cáncer de pulmón¹.

Es innegable que la punción transbronquial guiada por ecobroncografía (en adelante PTB-EBUS, de las siglas en inglés *Endobronchial Ultrasound*) constituye un importante progreso en el diagnóstico de extensión mediastínica del cáncer de pulmón. No obstante, en ocasiones el entusiasmo por este nuevo método puede oscurecer sus méritos. Algunas afirmaciones efectuadas por los autores sobre el papel de la punción transbronquial y la EBUS en el diagnóstico de extensión mediastínica no quirúrgica nos han animado a hacer las consideraciones que se exponen más adelante.

En una publicación citada, que compara la punción transbronquial con la PTB-EBUS, se menciona que estos métodos se asocian con la misma precisión diagnóstica en la estación subcarinal, y se hace la observación de que la guía con EEB aumenta significativamente el rendimiento de la punción transbronquial en todas las estaciones excepto en la región subcarinal. Los datos presentados en este estudio no parecen respaldar esta conclusión que favorece la EEB².

En este análisis destacan dos hechos. En primer lugar, en el artículo se indica que se efectuó la punción de los ganglios linfáticos de la estación 5 (ventana aortopulmonar), lo que claramente no es posible con EBUS³.

Además, sin duda los resultados globales de una mayor precisión de la PTB-EBUS están determinados por la superioridad destacada de la EEB en las estaciones 2, 3 y 5 (VAP). Las cifras presentadas en relación con el rendimiento diagnóstico en la estación 4 no demostraron una diferencia con independencia de la realización mediante punción transbronquial o PTB-EBUS².

Por otra parte, la investigación de Cos et al.¹ cita un metaanálisis que revisa 11 estudios que incluyeron a 1.299 pacientes, indicando que la EEB se asocia a una sensibilidad global del 93%, que aumenta hasta el 97% con la disponibilidad inmediata de un diagnóstico citológico. Aunque nuestra serie inicial de 50 casos sobre EEB sigue sin alcanzar una representatividad, dichas cifras parecen optimistas en exceso a favor de la EEB.

La revisión de los 11 estudios incluidos en dicho metaanálisis muestra incongruencias metodológicas sustanciales. En uno de estos estudios no se especificó qué estaciones de ganglios linfáticos mediastínicos se abordaron, mientras que en otros dos se afirmaba

que se habían puncionado los de la estación 5, lo que no es posible con EEB, como se ha mencionado previamente. La anatomía ecografía del mediastino es compleja⁴.

Además, idealmente el patrón oro para confirmar los resultados obtenidos deben ser los métodos quirúrgicos. No obstante, en 8 de dichos estudios sobre EBUS se incluyeron parte de los pacientes seguidos tan sólo clínicamente. Aunque reconocemos las dificultades de someter a todos los pacientes a un tratamiento quirúrgico durante una serie de casos, el seguimiento clínico posiblemente no es el método apropiado con este objetivo.

Confirmando esta impresión, uno de los estudios más congruentes entre los publicados, desarrollado en un centro con gran experiencia en una serie de 226 casos, se acepta una sensibilidad del 89% de la EBUS y una especificidad del 100%, pero revela que este método se asocia a un valor predictivo negativo del 83,5%⁵.

Puesto que todos estos se resultados se verificaron dos veces, primero mediante linfadenectomía mediastínica extendida transcervical y acto seguido con disección mediastínica en una toracotomía quirúrgica, superar estos grados de precisión puede ser difícil.

Una vez más, agradecemos la importante contribución de los autores.

Bibliografía

1. Sánchez de Cos J, Hernández Hernández J, Jiménez López MF, Padrones Sánchez S, Rosell Gratacós A, Rami Porta R. Normativa SEPAR sobre estadificación del cáncer de pulmón. Arch Bronconeumol. 2011;47:454-65.
2. Herth F, Becker HD, Ernst A. Conventional vs endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration: A randomized trial. Chest. 2004;125:322-5.
3. Tedde ML, de Araujo PH, Jatene FB. The true false-negative rates of EBUS and EUS. Ann Thorac Surg. 2011;91:1653-4.
4. Gu P, Zhao YZ, Jiang LY, Zhang W, Xin Y, Han BH. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration for staging of lung cancer: A systematic review and meta-analysis. Eur J Cancer. 2009;45:1389-96.
5. Szlubowski A, Kuzdzał J, Kołodziej M, Soja J, Pankowski J, Obrochta A, et al. Endobronchial ultrasound-guided needle aspiration in the non-small cell lung cancer staging. Eur J Cardiothorac Surg. 2009;35:332-5.

Miguel L. Tedde^{a,*}, Evelinda Trindade^b y Helio Minamoto^a

^a Departamento de Cirugía Torácica, Instituto do Coração (InCor), Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

^b Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Dirección Ejecutiva, Instituto do Coração (InCor), Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: tedde@usp.br (M.L. Tedde).

doi:10.1016/j.arbres.2011.09.003