

## Réplica

### Reply

Sr. Director:

Hemos leído con atención los recientes comentarios en relación con la Normativa SEPAR de estadificación del cáncer de pulmón<sup>1</sup>. Nos parecen acertados sus comentarios sobre la inaccesibilidad de los ganglios de la estación 5 mediante EBUS. Aunque en nuestro trabajo se afirma la inaccesibilidad de la estación 6 a través de EBUS y EUS, puede haber confusión sobre la estación 5. Algunas tempranas publicaciones afirmaban la accesibilidad de esta estación mediante EBUS<sup>2</sup>, pero trabajos posteriores, publicados después de redactar nuestra Normativa, han aclarado que ello se debía a una posible confusión entre la estación 4L y la 5<sup>3,4</sup>. Así pues, estamos de acuerdo en la necesidad de técnicas quirúrgicas para alcanzar dicha estación.

Con respecto al metaanálisis de Gu et al.<sup>5</sup>, creemos que, pese a las limitaciones de algunos de los trabajos incluidos, los autores saben reconocer las mismas, incluidas las posibles confusiones respecto a la estación 5, y así lo expresan en su artículo. En cuanto al valor predictivo negativo (VPN) de EBUS y EUS, como ha sucedido habitualmente con la incorporación de nuevos procedimientos, es posible que los excelentes resultados referidos por los primeros autores sean optimistas y será necesario esperar la comunicación de otras experiencias al respecto<sup>6</sup>. Para una cabal evaluación del rendimiento de EBUS y EUS será preciso considerar muchos aspectos. No sólo el método de comprobación (*gold standard*), idealmente lo más riguroso posible, sino, entre otros, algunos tan importantes como los detalles de ejecución del procedimiento (número de pases por ganglio, presencia o no de citopatólogo *in situ*), experiencia del equipo y los criterios de selección de pacientes que determinan la prevalencia de afectación ganglionar mediastínica.

Finalmente, queremos agradecer los comentarios expresados en dicha carta, pues creemos que contribuyen a precisar el alcance y

las limitaciones de una técnica que está deparando importantes avances en la estadificación del cáncer de pulmón.

### Bibliografía

1. Sánchez de Cos J, Hernández Hernández J, Jiménez López M, Padrones Sánchez S, Rosell Gratacós A, Rami Porta R. Normativa SEPAR sobre estadificación del carcinoma 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. Szlubowski A, Kuzdzal J, Kolodziej M, Soja J, Pankowski J, Obrochta A, et al. Endobronchial ultrasound-guided needle aspiration in the non-small cell lung cancer staging. Eur J Cardiothoracic Surg. 2009;35:332-5.
4. Cerfolio RJ, Bryant AS, Eloubeidi MA, Frederick PA, Minnich DJ, Harbour KC, et al. The true false-negative rates of esophageal and endobronchial ultrasound in the staging of mediastinal lymph nodes in patients with non-small cell lung cancer. Ann Thorac Surg. 2010;90:427-34.
5. 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.
6. Tedde ML. The true false-negative rates of EBUS and EUS. Ann Thorac Surg. 2011;91:1653-4.

Julio Sánchez de Cos Escuín<sup>a,\*</sup>, Jesús Hernández Hernández<sup>b</sup>, Marcelo Jiménez López<sup>c</sup>, Susana Padrones Sánchez<sup>d</sup>, Antoni Rosell Gratacós<sup>d</sup> y Ramón Rami Porta<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Sección de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

<sup>b</sup> Sección de Neumología, Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

<sup>c</sup> Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

<sup>d</sup> Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>e</sup> Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [juli1949@separ.es](mailto:juli1949@separ.es) (J. Sánchez de Cos Escuín).

doi:10.1016/j.arbres.2011.10.006

## Fenotipos de la EPOC: el signo de Sueiro

### COPD Phenotypes: Sueiros' s Sign

Asistimos en el momento actual a un interés creciente por identificar diferentes fenotipos en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Tenemos la impresión de que existen subgrupos de pacientes con características bien distintas, lo cual debería tener implicaciones pronósticas y terapéuticas. En la actualidad consideramos la EPOC una enfermedad multidimensional con una importante afectación extrapulmonar, donde el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) se muestra claramente insuficiente para expresar adecuadamente su heterogeneidad fenotípica<sup>1</sup>. García-Aymerich et al.<sup>2</sup> han puesto de manifiesto cómo en la EPOC intervienen diferentes órganos diana así como un complejo conjunto de acontecimientos celulares, orgánicos, funcionales y clínicos, llegando a identificar 6 dimensiones y hasta 26 rasgos fenotípicos. Síntomas respiratorios y estado de salud, exacerbaciones, anomalías funcionales, alteraciones estructurales, inflamación local y sistémica y otros efectos sistémicos son la dimensiones donde se agrupan estos rasgos fenotípicos.

Desde un punto de vista clínico, se han descrito clásicamente dos fenotipos de EPOC: el enfermo conocido como «abotargado



**Figura 1.** Morfotipo de paciente con EPOC que muestra cierto grado de obesidad troncular, aumento del diámetro de la caja torácica en su porción inferior y diástasis de los músculos rectos anteriores.



**Figura 2.** (A y B) Signo de Sueiro: si el paciente se echa en la cama y se le solicita que se incorpore, presenta una herniación de contenido abdominal a nivel de la diástasis de los músculos rectos abdominales en su porción superior.

azul» («*blue bloater*» en la literatura anglosajona) de aspecto pícnico, pletórico y cianótico, y el enfermo conocido como «soplador rosado» («*pink puffer*») asténico, incluso caquéctico, con espiración muy alargada, labios semicerrados y coloración normal. Bien es cierto que estos pacientes representan los extremos de esta enfermedad, siendo poco frecuente en la actualidad encontrar estos fenotipos extremos<sup>3</sup>. La Guía Española de la EPOC, que será publicada próximamente, va a ser la primera en definir 3 fenotipos de pacientes EPOC con implicaciones clínicas: enfisematoso, agudizador frecuente y mixto EPOC-asma<sup>4</sup>.

El Dr. Sueiro lleva años llamando la atención sobre la existencia de un morfotipo de EPOC muy frecuente en la planta de hospi-

talización y consultas. Se trata de pacientes con cierto grado de obesidad troncular, cuello corto, aumento del diámetro de la caja torácica en su porción inferior y diástasis de los músculos rectos anteriores (fig. 1). Suelen presentar insuficiencia respiratoria global, con cifras de PaCO<sub>2</sub> discretamente elevadas (50-55 mmHg) y la pulsioximetría muestra valores de saturación arterial inferiores al 90%, pero que remontan cuando el paciente realiza maniobras de hiperventilación y valsalva (espiración entrecortada, toser o reír simulando carcajadas), llegando a alcanzar valores superiores incluso al 95%. La espirometría muestra obstrucción bronquial moderada, (cifras de FEV1 compatible con estadio GOLD II-III). Estos pacientes suelen recibir oxigenoterapia domiciliar y, en ocasiones, además ventilación mecánica nocturna con doble nivel de presión. Si el paciente se echa en la cama y se le solicita que se incorpore, presenta una herniación de contenido abdominal a nivel de la diástasis de los músculos rectos abdominales en su porción superior (fig. 2), lo que denominamos «signo de Sueiro». En casos más avanzados presentan hernia umbilical, conformando lo que denominamos la «triada de Sueiro»: diástasis de rectos, herniación abdominal superior al incorporarse y hernia umbilical.

Estos hallazgos justifican una ineficiencia de la mecánica ventilatoria, al perderse parte de la presión intratorácica a través de la diástasis de los rectos. En aquellos pacientes en los que se realiza un estudio de sueño se objetiva franca desaturación nocturna y en ocasiones, además, apneas mixtas. Este morfotipo de paciente EPOC debería ser individualizado e identificado como un prototipo de paciente «overlap», en el que a la obstrucción bronquial se le asocia una ineficiencia diafragmática y un componente de obesidad, que favorece la aparición de hipoventilación. El reconocimiento de este fenotipo de pacientes, además de un tributo al Dr. Sueiro, debe obligarnos a realizar estudios específicos en aras de conocer mejor sus implicaciones fisiopatológicas y pronósticas, así como las estrategias terapéuticas más apropiadas.

## Bibliografía

1. Izquierdo JL. Valoración de la EPOC. Regreso al futuro. Arch Bronconeumol. 2010;46:53-5.
2. García-Aymerich J, Agustí A, Barberá JA, Belda J, Ferrero E, Ferrer A, et al. La heterogeneidad fenotípica de la EPOC. Arch Bronconeumol. 2009;45:129-38.
3. Torres I, Allona M, Martínez M, Lores V, Rojo B, García-Río F, et al. Diferencias en función de la gravedad de la atenuación pulmonar en pacientes con EPOC. Arch Bronconeumol. 2010;46:56-63.
4. [consultado 2/11/2011]. Disponible en: [www.gesepoc.com/gesepoc.php](http://www.gesepoc.com/gesepoc.php)

Salvador Díaz Lobato

Servicio de Neumología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España  
Correo electrónico: [sdiazlobato@gmail.com](mailto:sdiazlobato@gmail.com)

doi:10.1016/j.arbres.2011.09.005