

Réplica

Reply

Sr. Director:

Hemos leído con atención los recientes comentarios en relación con la Normativa SEPAR de estadificación del cáncer de pulmón¹. 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 EBUS², 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^{3,4}. Así pues, estamos de acuerdo en la necesidad de técnicas quirúrgicas para alcanzar dicha estación.

Con respecto al metaanálisis de Gu et al.⁵, 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 respecto⁶. 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^{a,*}, Jesús Hernández Hernández^b, Marcelo Jiménez López^c, Susana Padrones Sánchez^d, Antoni Rosell Gratacós^d y Ramón Rami Porta^e

^a Sección de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

^b Sección de Neumología, Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

^c Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^d Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^e Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 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 fenotípica¹. García-Aymerich et al.² 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.