



Nota clínica

Diagnóstico de lesiones paratraqueobronquiales no adenopáticas mediante ecobroncoscopia lineal

Tamara Lourido, Maribel Botana, Virginia Leiro, Manuel Núñez y Alberto Fernández-Villar*

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de febrero de 2013

Aceptado el 10 de abril de 2013

On-line el 18 de junio de 2013

Palabras clave:

Ultrasonografía endoscópica
Punción guiada por ultrasonografía
endobronquial lineal
Cáncer de pulmón
Lesión paratraqueobronquial

Keywords:

Endoscopic ultrasound
Linear endobronchial ultrasound-guided
fine needle aspiration
Lung cancer
Paratracheobronchial lesion

RESUMEN

La ultrasonografía endobronquial lineal (USEB) facilita la obtención de muestras de lesiones próximas a la vía aérea, ya que permite realizar la punción bajo control visual en tiempo real, abriendo nuevas posibilidades de exploración mínimamente invasiva del mediastino. Mientras que existen multitud de publicaciones acerca de su utilidad en el estudio de adenopatías mediastínicas o hiliares, son escasas aquellas que analizan el papel de la punción guiada por USEB para el diagnóstico de otras lesiones adyacentes a la vía aérea o digestiva. Describimos las características y los resultados obtenidos en una serie de 26 casos de lesiones no adenopáticas de diferentes etiologías estudiadas mediante punción guiada por USEB a través de la vía aérea o esofágica, demostrando la utilidad y seguridad de esta técnica en el diagnóstico de este tipo de lesiones.

© 2013 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Diagnosis of Non-nodal Paratracheobronchial Lesions by Linear Endobronchial Ultrasound

ABSTRACT

Linear endobronchial ultrasound (EBUS) allows samples of lesions close to the airways to be obtained, as it enables aspiration to be performed under visual control in real time, opening new possibilities for minimally invasive examination of the mediastinum. While there are many publications on its usefulness in the study of mediastinal or hilar lymphadenopathies, there are few that analyse the role of EBUS-guided transbronchial needle aspiration for the diagnosis of other lesions adjacent to the airways or digestive tract. We describe the characteristics and results obtained in a series of 26 cases of non-nodal lesions of different aetiologies studied by EBUS-guided transbronchial needle aspiration through the airways or oesophagus, demonstrating the usefulness and safety of this technique in the diagnosis of these types of lesions.

© 2013 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La ultrasonografía endobronquial lineal (USEB) facilita la obtención no invasiva y segura de muestras de cualquier tipo de lesión próxima a la vía aérea y digestiva, ya que permite realizar la punción bajo control visual en tiempo real (USEB-PTB)¹. Las indicaciones más admitidas de la USEB-PTB son el diagnóstico, estadificación y reestadificación del carcinoma pulmonar a través del muestreo de adenopatías mediastínicas, aunque también se ha

descrito su utilidad en el estudio de otras patologías como son los linfomas y las enfermedades granulomatosas como sarcoidosis y tuberculosis¹. Sin embargo, la evidencia de utilidad y seguridad de la USEB-PTB en el diagnóstico de otro tipo de lesiones pulmonares y mediastínicas adyacentes a la vía aérea o al esófago es escasa^{2,3}.

Observación clínica (serie de casos)

De una base de datos de 730 lesiones distintas puncionadas mediante USEB-PTB en 450 pacientes, se seleccionaron 43 lesiones de posible origen no ganglionar. Tras una revisión exhaustiva de los estudios de imagen y de los hallazgos citopatológicos, para este análisis se incluyeron 26 casos en los que los autores no tuvieron

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alberto.fernandez.villar@sergas.es (A. Fernández-Villar).

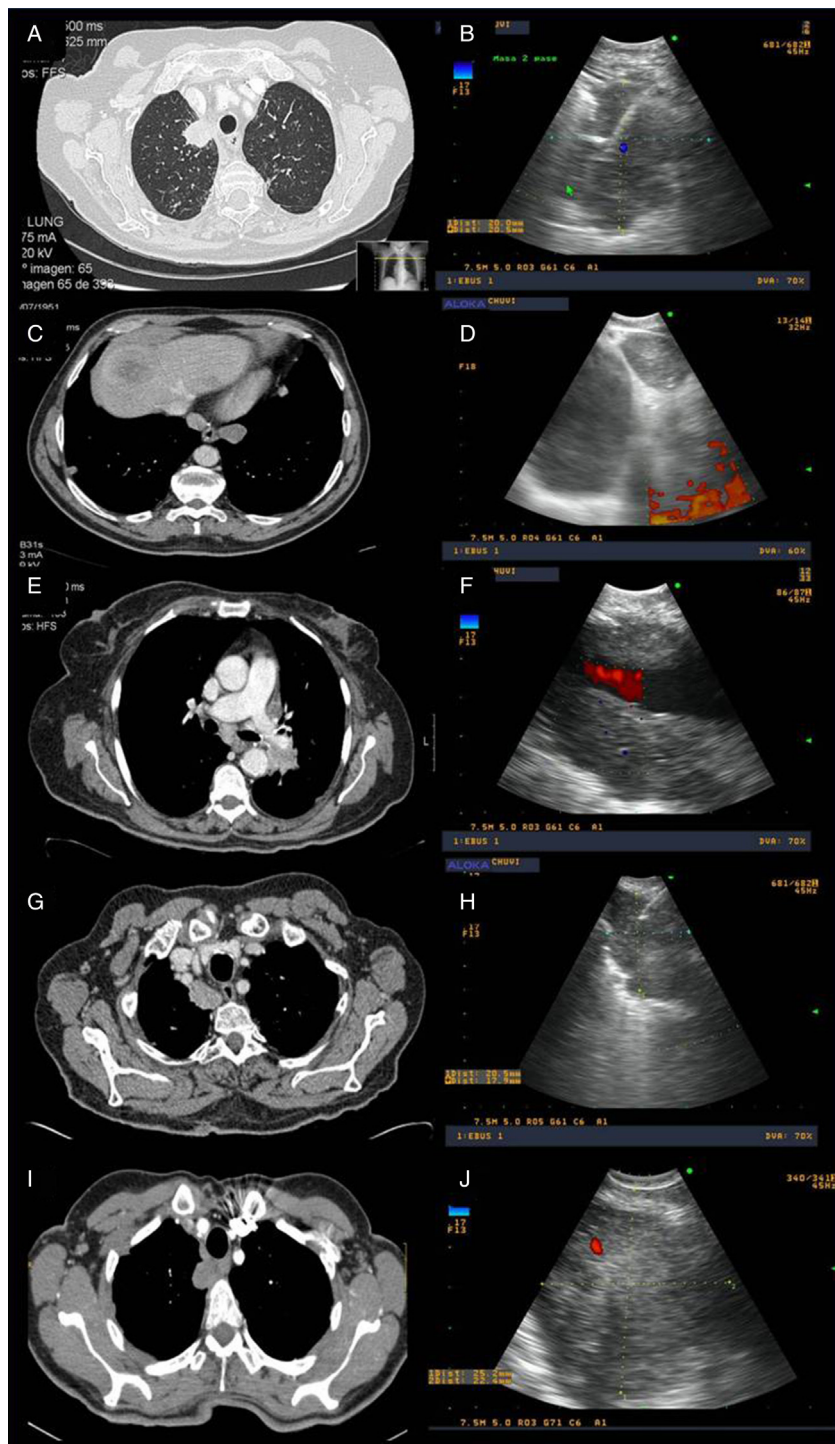


Figura 1. Ejemplos de imágenes radiológicas y sonográficas de 4 de los casos de la serie.

A y B: Imágenes de tomografía computarizada (TC) y ecoendoscópica de una masa localizada en el lóbulo superior derecho puncionada por ecobroncoscopia, con resultado de adenocarcinoma de origen pulmonar. C y D: Imágenes de TC y ecoendoscópica de un paciente con una lesión pulmonar en lóbulo inferior izquierdo y una adenopatía en la estación mediastínica 9 derecha, puncionadas ambas por ecobroncoscopia a través del esófago con resultado en las 2 de metástasis de carcinoma de colon. E y F: Imágenes de TC y ecoendoscópica de una masa hiliar izquierda que engloba la arteria pulmonar con punción guiada por ecobroncoscopia diagnóstica de adenocarcinoma de origen pulmonar. G y H: Imágenes de TC y ecoendoscópica de una masa paratraqueoesofágica derecha de posible origen en el lóbulo superior derecho con diagnóstico tras punción realizada a través del esófago de adenocarcinoma de origen pulmonar. I y J: Imágenes de TC y ecoendoscópica de una masa localizada en el lóbulo superior derecho que infiltraba mediastino puncionada por ecobroncoscopia, con resultado de adenocarcinoma de origen pulmonar.

dudas de que la lesión puncionada no era una adenopatía. Las otras 17 lesiones eran masas hiliares o paratraqueales en las que a pesar de que se obtuvo material adecuado para el diagnóstico de malignidad en todos los casos sin datos citológicos de haber puncionado un ganglio linfático, por su localización, existía alguna posibilidad de

que su origen inicial pudiera haber sido una afectación metastásica ganglionar hiliar o paratraqueal.

Los procedimientos fueron realizados por 4 broncoscopistas, de forma ambulatoria, con sedación consciente con midazolam y fentanilo y valoración inmediata por un patólogo. Se utilizó un

ecobroncoscopio Olympus UC180F y un ecógrafo Aloka Alpha5. Todos los pacientes firmaron un documento de consentimiento informado.

La edad media de los 26 pacientes era de 62 (DE, 12) años y 18 (69%) eran varones. Ninguno presentaba lesiones endobronquiales. En 8 (30,8%) de los casos la lesión se localizaba intrapulmonar exclusivamente, en 16 (65,4%) eran pulmonares con contacto o infiltración mediastínica y en otros 2 (7,6%) casos se trataba de lesiones paraesofágicas. Todas las lesiones se encontraban a menos de 10 mm de la vía aérea o del esófago. El diámetro medio de las lesiones fue de 31 (DE, 16) mm, la localización más frecuente fue el lóbulo superior derecho (61,5%), la captación en la PET-tomografía computarizada tenía un SUV medio de 11,9 (DE, 4,2) y se realizaron 2 (DE, 0,9) pases en cada una. En 3 casos se accedió por esófago, siendo las muestras obtenidas en los 3 casos satisfactorias.

En 25 (96,1%) lesiones se obtuvo material adecuado. Dieciséis (61,5%) eran adenocarcinomas pulmonares y 6 (23,7%) otras estirpes, 2 (7,6%) carcinomas extrapulmonares, una (3,8%) lesión tuberculosa y un (3,8%) proceso neumónico. En un caso de un paciente con un adenocarcinoma pulmonar no se obtuvo material suficiente para un diagnóstico específico y se confirmó mediante cirugía.

En la *figura 1* se muestran algunos ejemplos representados por sus imágenes de tomografía computarizada y ecoendoscópicas.

No se describieron complicaciones relacionadas con los procedimientos.

Discusión

El diagnóstico de lesiones pulmonares paramediastínicas o centrales sin lesión endobronquial es un problema clínico, ya que las técnicas diagnósticas convencionales son poco efectivas para conseguir alcanzar un diagnóstico citohistológico, dependiendo sus resultados en gran medida del tamaño de las mismas, de la presencia o no del signo del bronquio o de la disponibilidad de nuevas tecnologías⁴. Para aquellas lesiones más próximas a la vía área central o digestiva, una posible opción sería el empleo de

la USEB, técnica ampliamente validada en el estudio de adenopatías mediastínicas, aunque con menor evidencia en este tipo de lesiones, con escasas series publicadas exclusivamente con esta indicación^{2,3,5}. En el estudio de Tournoy et al.² todas las lesiones eran intrapulmonares y de etiología maligna, mientras que en el de Yang et al.³, al igual que en el nuestro, se incluían lesiones adyacentes a la vía aérea, tanto intrapulmonares como mediastínicas, y de etiología benigna como tuberculosis y quistes mediastínicos. En nuestro país únicamente hemos encontrado una serie publicada en forma de abstract⁵.

La revisión de estos casos confirma el valor y la seguridad de la USEB-PTB tanto a nivel de la vía respiratoria como esofágica en el diagnóstico de lesiones centrales sin manifestación endobronquial de diferentes etiologías. Una posible limitación de este trabajo es que en algunos casos no nos fue posible definir con exactitud si una lesión central o paratraqueal tenía un origen ganglionar o se trataba de una lesión pulmonar de crecimiento extrabronquial o hacia el mediastino. Nos encontramos con esta situación en 17 de los 43 casos seleccionados inicialmente, motivo por el que se excluyeron del análisis, aunque en todos la USEB-PTB permitió realizar un diagnóstico de malignidad, lo que reforzaría aún más la utilidad de esta técnica para este tipo de lesiones.

Bibliografía

1. Medford AR, Bennett JA, Free CM, Agrawal S. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration (EBUS-TBNA): applications in chest disease. *Respirology*. 2010;15:71-9.
2. Tournoy KG, Rintoul RC, Meerbeeck JP, Carroll NR, Praet M, Buttery RC, et al. EBUS-TBNA for the diagnosis of central parenchymal lung lesions not visible at routine bronchoscopy. *Lung Cancer*. 2009;63:45-9.
3. Yang H, Zhao H, Garfield DH, Teng J, Han B, Sun J. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration in the diagnosis of non-lymph node thoracic lesions. *Ann Thorac Med*. 2013;1:14-21.
4. Mazzone P, Jain P, Arroliga AC, Matthay RA. Bronchoscopy and needle biopsy techniques for diagnosis and staging of lung cancer. *Clin Chest Med*. 2002;23:137-58.
5. Monclou E, Franco J, Ordóñez P, Gil L. Ecobroncoscopia en el diagnóstico de lesiones pulmonares. *Arch Bronconeumol*. 2012;48(Esp Congr):153.