

Punción guiada por ultrasonografía endobronquial sin aspiración: ¿y el bloque celular?

Endobronchial Ultrasound Guided Needle Sampling Without Aspiration: And the Cell Block?

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo de Rodríguez et al.¹ en el que los autores presentan un estudio sobre la obtención de muestras del mediastino utilizando capilaridad con aguja fina bajo guía de ultrasonografía endobronquial (CAF-USEB) en vez de la punción con aspiración transbronquial (PATB-USEB), en la que se aplica una presión negativa con jeringa. Comunican interesantes ventajas derivadas de la práctica de no aplicar succión a las punciones guiadas por USEB, entre ellas simplificar la técnica, reducir el tiempo de obtención y proporcionar material adecuado y representativo comparable a la PATB-USEB, por menor contaminación por sangrado. Sin embargo, una cuestión muy importante que no se pone de relieve en el artículo es el rendimiento en la obtención de bloques celulares (BC). Madan y Guleria² expresaron recientemente su preocupación respecto al posible rendimiento diferencial en la obtención del centro histológico al no aplicar succión.

La preparación de los BC a partir de las muestras de PATB-USEB es una forma sencilla de proporcionar información adicional en el diagnóstico del cáncer de pulmón. En nuestra experiencia³ en cáncer de pulmón, los BC obtenidos por PATB-USEB, en conjunto, proporcionaron información clínicamente relevante en 83 de 270 pacientes (30,7%). La punción se repitió hasta un máximo de 3 veces y fue posible preservar material para BC en casi la mitad de los aspirados realizados. Se realizaron 697 aspirados transbronquiales, se dispuso de BC en 334 (47,9%), en 50 (7,2%) las extensiones convencionales no fueron diagnósticas y el BC sí, y en 4 pacientes permitió subtipificar la neoplasia diagnosticada en las extensiones. Los BC permitieron, además, el análisis genético en un 60% de los pacientes con adenocarcinoma. Los BC se procesaron secando al aire y coagulando las muestras sobre papel de filtro, para lo cual es necesario proporcionar una muestra sanguinolenta que es más probable que se produzca al aplicar presión negativa con una jeringa. Puesto que cuando no se aplica succión hay menos traumatismo, con esta técnica es menos probable asegurar la formación del coágulo.

Diversas sociedades oncológicas⁴ han establecido recomendaciones en cuanto a la necesaria identificación de alteraciones moleculares para el inicio de tratamiento específico. La USEB se enfrenta hoy y en el futuro próximo al desafío de evidenciar que puede ser una herramienta suficiente para la realización del análisis conjunto de todos los nuevos estudios moleculares disponibles

en la actualidad⁵ en las enfermedades neoplásicas avanzadas, para lo que habitualmente se han empleado muestras histopatológicas obtenidas por biopsias o técnicas quirúrgicas.

Sería necesario comprobar que la capacidad de obtención de BC por CAF en vez de la PATB puede ser adecuada y en qué proporción de casos, incluso si la preparación del BC se realiza en medio líquido, sin incrementar el número de punciones. Se debería comparar de forma dirigida si el rendimiento de los BC con cada técnica proporciona material equivalente en cantidad (diferencias en la celularidad) y calidad, para inmunohistoquímica y la detección de todos los análisis moleculares, y no solo el rendimiento puramente diagnóstico. Mientras no se disponga de una adecuada evidencia, creemos que se puede considerar como un método alternativo útil en los casos en que la contaminación por sangrado en el examen inmediato suponga que la muestra se considere inadecuada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Rodríguez F, Seijo LM, Sánchez PA, Zulueta JJ. Técnica modificada de obtención de muestras del mediastino mediante punción transbronquial bajo guía de ecografía endobronquial: resultados de un estudio prospectivo observacional. Arch Bronconeumol. 2013;49:135-9.
- Madan K, Guleria R. Endobronchial ultrasound needle biopsy with and without aspiration: The "core" issue. Chest. 2013;143:281-2.
- Sanz-Santos J, Serra P, Andreo F, Llatjós M, Castellà E, Monsó E. Contribution of cell blocks obtained through endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration to the diagnosis of lung cancer. BMC Cancer. 2012;12:34.
- Gómez JJ, de Castro J, Concha A, Felip E, Isla D, López-Ríos F, et al. Recomendaciones para la determinación de biomarcadores en el carcinoma de pulmón no microcítico avanzado. Consenso nacional de la Sociedad Española de Anatomía Patológica y de la Sociedad Española de Oncología Médica. Rev Esp Patol. 2012;45:14-28.
- Pao W, Girard N. New driver mutations in non-small-cell lung cancer. Lancet Oncol. 2011;12:175-80.

Felipe Andreo García^{a,c,*}, José Sanz Santos^a, Maria Llatjós Sanuy^{b,c} y Juan Ruiz Manzano^a

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Salud Carlos III, Bunyola, Mallorca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fandreo@separ.es (F. Andreo García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.07.017>

Patrón etiológico de la neumonía adquirida en la comunidad: importancia del factor geográfico

Etiological Pattern of Community-Acquired Pneumonia: Importance of the Geographical Factor

Sr. Director:

Hemos leído con interés el manuscrito de Herrera-Lara et al.¹ recientemente publicado en Archivos de Bronconeumología. Apreciamos dicho estudio, que pone de manifiesto la influencia de la estación y el clima en la etiología de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), aunque solo en los pacientes ingresados en la planta de neumología. Limitación reconocida por los autores, que

se une a no considerar a los pacientes que son dados de alta desde el servicio de urgencias (SU) y que constituyen más del 50% de las NAC vistas en los mismos². Datos que coinciden con estudios de nuestro grupo³ y ponen de manifiesto la importancia cuantitativa de este subgrupo a la hora de cifrar la etiología global del proceso. Los factores a tener en cuenta para sospechar la etiología de la NAC son muchos: clima, estación, edad, lugar de destino-tratamiento, comorbilidad y características del paciente, la coincidencia con una epidemia vírica, etc.⁴. La última guía de consenso de la NAC nos recuerda que *Streptococcus pneumoniae* es el patógeno más frecuente en los pacientes tratados ambulatoriamente (incluyendo los dados de alta), en los ingresados en planta y en la unidad de cuidados intensivos (35, 43 y 42% de los aislamientos, respectivamente). Y por otro lado, el aumento y la importancia de *Legionella*

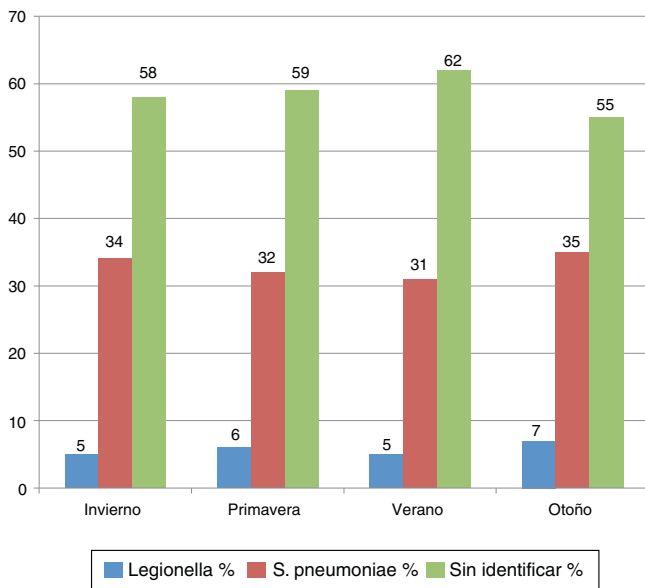


Figura 1. Distribución estacional de los patógenos causales de la neumonía adquirida en la comunidad.

Invierno: diciembre a febrero; Primavera: marzo a mayo; Verano: junio a agosto; Otoño: septiembre a noviembre.

pneumophila, que supone el 6, el 8 y el 8% de los casos, según los destinos comentados⁴. Estas cifras coinciden con las publicadas por Herrera-Lara et al.¹, que confirman que el 8,6% están originadas por *L. pneumophila*. En nuestro entorno, Toledo, con inviernos más fríos y lluviosos (comparando la media de temperatura en Toledo de 2009-2011 de 7,20°, frente a 9,72°C de media del estudio de Herrera-Lara et al.¹, y precipitaciones de 54,31 acumulados vs 35,21) y veranos más calurosos y lluviosos (26,23 vs 24,6°C de media y 15,9 vs 8,271), hemos estudiado tanto la incidencia de la NAC según la distribución estacional como las diferencias de frecuencias entre *S. pneumoniae* y *L. pneumophila*, aprovechando las bases de datos de distintos estudios sobre el manejo de la NAC realizados en los años 2009-2011^{3,5}. La investigación para *S. pneumoniae* y *L. pneumophila* se realizó sistemáticamente a todos los enfermos con sepsis e ingresados con antigenuria en orina para neumococo y para *L. pneumophila serogrupo 1* (inmunocromatografía de membrana-Binax NOW®). Y en los pacientes ingresados

se solicitaron hemocultivos y cultivo de esputo con siembra directa cuando fueron adecuados (*Legionella*: inmunofluorescencia directa Ag. *Legionella pneumophila*). Se incluyeron 1.698 casos de NAC del SU (el 51% ingresaron y se obtuvo diagnóstico etiológico en el 39,5%). La distribución estacional comparada con el trabajo de Herrera-Lara et al.¹ fue: invierno (38 vs 36,6%), primavera (25 vs 20,2%), verano (8 vs 18,5%) y otoño (31 vs 24,7%). En la figura 1 se muestra la distribución de ambos con patrón similar en todas las estaciones (p=NS). Otros diagnósticos, como bacterias atípicas (2,5% para *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*) y virales (0,5-1%) no tuvieron diferencias estacionales, aunque sus proporciones seguro que están infraestimadas, ya que su estudio no fue sistemático. En conclusión, el clima y la estación influyen en la etiología de la NAC, pero también el lugar geográfico y otros factores.

Bibliografía

- Herrera-Lara S, Fernández-Fabrellas E, Cervera-Juan A, Blanquer-Olías R. ¿Influyen la estación y el clima en la etiología de la neumonía adquirida en la comunidad? Arch Bronconeumol. 2013;49:140-5.
- Martínez Ortiz de Zárate M, González del Castillo J, Julián Jiménez A, Piñera Salmerrón P, Llopis Roca F, Guardiola Tey JM, et al. Estudio INFURG-SEMES: epidemiología de las infecciones en los servicios de urgencias hospitalarios y evolución durante la última década. Emergencias. 2013;25:368-78.
- Julián-Jiménez A, Palomo de los Reyes MJ, Parejo Míguez R, Laín-Terés N, Cuenaboy R, Lozano-Ancín A. Mejora del manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en el servicio de urgencias. Arch Bronconeumol. 2013;49:230-40.
- Torres A, Barberán J, Falguera M, Menéndez R, Molina J, Olaechea P, et al. Guía multidisciplinaria para la valoración pronóstica, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Med Clin (Barc). 2013;140, e1-223.19.
- Julián-Jiménez A, Parejo Míguez R, Cuenaboy R, Palomo de los Reyes MJ, Laín Terés N, Lozano Ancín A. Intervenciones para mejorar el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad desde el servicio de urgencias. Emergencias. 2013;25:379-92.

Agustín Julián-Jiménez*, Manuel Flores Chacartegui y Ana Nieves Piqueras-Martínez

Servicio de Urgencias-Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: agustinj@sescam.jccm.es, agustin.jj@wanadoo.es (A. Julián-Jiménez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.08.001>

Carcinoma broncoalveolar: un término a actualizar

Bronchioloalveolar Carcinoma: Time for a New Term

Sr. Director:

En el número de julio de *Archivos de Bronconeumología*, la Dra. Paraschiv y colaboradoras han publicado un caso clínico dentro de la sección de Cartas al Director¹. Estas autoras describen un caso de un hombre de 35 años fumador de 35 paquetes/año que consultó por un cuadro de astenia, tos y dolor torácico de 2 semanas de duración. La radiografía simple de tórax mostró una afectación del espacio aéreo en forma de consolidación parcheada con broncograma aéreo que se confirmó en una tomografía computarizada (TC) de tórax. Inicialmente la orientación diagnóstica fue de un proceso infeccioso, aunque la falta de respuesta al tratamiento antibiótico llevó a la sospecha clínica de una neoplasia. El paciente falleció y

el diagnóstico definitivo de carcinoma broncoalveolar fue establecido en la necropsia. Si bien el caso clínico es interesante por su singularidad, consideramos que el diagnóstico final de carcinoma broncoalveolar es impreciso.

Tradicionalmente se había usado el término «carcinoma broncoalveolar» para definir los adenocarcinomas pulmonares que presentan crecimiento lepidico en la muestra patológica. El crecimiento lepidico consiste en la proliferación de células neoplásicas que revisten las superficies de las paredes alveolares preservando la arquitectura pulmonar. La correlación radiológica de este tipo de tumores suele ser en forma de opacidades en vidrio deslustrado o bien en zonas de afectación del espacio aéreo de tipo alveolar que pueden acompañarse de zonas de consolidación y/o de broncograma aéreo. Desde el punto de vista clínico este tipo de tumores incluye una amalgama de entidades con tratamiento y pronóstico completamente diferentes: desde adenocarcinomas que se presentan como opacidades en vidrio