

Concordancia citohistológica de la punción-aspiración transtorácica con aguja fina en lesiones malignas

Sr. Director: Hemos leído con interés el artículo de Hernández Borge et al¹ sobre la concordancia citohistológica de la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) transtorácica. Nos ha sorprendido el hallazgo de una muy baja concordancia entre el diagnóstico de la PAAF el definitivo, con un coeficiente kappa (K) global de 0,17.

En primer lugar, deseáramos mencionar que a partir de los datos aportados en la tabla II de dicho artículo, se obtiene un coeficiente K para la concordancia global de 0,45, en lugar de 0,17. Este valor de K, similar al descrito por otros autores², corresponde a una concordancia moderada.

Pese a ello, los resultados obtenidos de nuestra serie de pacientes³ muestran que la PAAF todavía puede alcanzar una mayor concordancia histológica. Durante el período 1990-1993 se realizaron en nuestro centro 160 PAAF torácicas, obteniéndose un diagnóstico de malignidad en 92 casos (76 varones y 16 mujeres), con una edad media de 62 ± 15 años (DE). Se consideraron los siguientes tipos histológicos: carcinoma epidermoide (41 pacientes), adenocarcinoma (16), carcinoma de célula pequeña (CCP) (8 casos), carcinoma de célula grande (CCG) (ocho) y otros tipos celulares (19). El diagnóstico definitivo se obtuvo mediante toracotomía, necropsia (8 casos), o por al menos dos fibrobroncoscopias repetidas, con biopsias bronquiales concordantes (3 casos).

Al comparar el diagnóstico de las 92 PAAF analizadas con el diagnóstico histológico definitivo (tabla I), se halló una proporción observada de aciertos (p_o) de 0,82, una proporción de concordancia estimada por el azar (p_e) de 0,27 y un valor de K de 0,74. Por grupos histológicos, el coeficiente K fue de 0,69 en el carcinoma epidermoide, de 0,74 en el adenocarcinoma, de 0,81 en el CCP, de 0,59 en el CCG y de 0,90 en el grupo de otros tumores.

Desde el punto de vista práctico, el principal interés de la PAAF en el diagnóstico del carcinoma broncogénico radica en diferenciar tumores microcíticos de no microcíticos. En este aspecto, la fiabilidad de la PAAF es elevada tanto en el estudio de Hernández Borge et al¹ (K = 0,78) como en el nuestro (K = 0,81). Por tanto, la indicación de cirugía podría establecerse con garantías a partir del resultado de la PAAF. Incluso en aquellos pa-

cientes con un nódulo pulmonar solitario en los que una fibrobroncoscopia previa ha resultado negativa⁴, la fiabilidad diagnóstica de la PAAF es alta: p_o = 0,8, p_e = 0,38 y K = 0,68.

Existen algunas diferencias importantes entre el estudio de Hernández Borge et al¹ y el nuestro. En su caso, el período de análisis fue mayor (11 años), la guía para la punción no fue siempre la misma (tomografía computarizada o fluoroscopia) y las punciones fueron realizadas por diferentes radiólogos. Aunque estas diferencias podrían contribuir a la menor rentabilidad de la técnica, consideramos que el factor más importante es la falta de control citológico durante la punción.

**Francisco García Río,
Salvador Díaz Lobato y Carlos Villasante**
Servicio de Neumología.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

- Hernández Borge J, Peña Griñán N, Huerfano Cifredo M, Alfageme Michavilla I, Vargas Puerto A, Campos Rodríguez F. Concordancia citohistológica de la punción-aspiración pulmonar transtorácica con aguja fina (PAPTAF) en lesiones malignas. Arch Bronconeumol 1997; 33: 225-229.
- Soler JJ, Perpiñá M, Greses JV, Calvo V, Padilla J, París F. Fiabilidad del diagnóstico anatomopatológico prequirúrgico en el carcinoma broncogénico primario. Med Clin (Barc) 1997; 108: 81-86.
- García Río F, Díaz Lobato S, Atienza N, Casadevall J, Prados C, Pino JM et al. Punción aspiración con aguja fina torácica mediante guía TC. Rentabilidad y complicaciones. Rev Clin Esp 1994; 194: 265-269.
- García Río F, Díaz Lobato S, Pino JM, Atienza M, Viguer JM, Villasante C et al. Value of CT guided fine needle aspiration in the solitary pulmonary nodules with negative fiberoptic bronchoscopy. Acta Radiologica 1994; 35: 478-480.

Rotura traqueal causada por estrangulamiento

Sr. Director: La rotura traqueal (RT) es una entidad infrecuente pero de consecuencias muy graves que compromete la vida si su diagnóstico y tratamiento no se realizan de forma precoz y agresiva. Su diagnóstico temprano y reparación quirúrgica pueden prevenir complicaciones como el neumotórax a tensión, la insuficiencia respiratoria, la obstrucción de la vía aérea, la estenosis traqueobronquial, la mediastinitis y la sepsis, entre otros. Los signos radiológicos (neumotórax

uni o bilateral asociado a neumomediastino y enfisema subcutáneo o bien atelectasia pulmonar) no son patognomónicos, pero ante su aparición hay que plantearse un diagnóstico de sospecha que será confirmado por broncoscopia (preferentemente) y/o TAC. Las causas más frecuentes de rotura traqueobronquial son la herida penetrante cervical, el traumatismo torácico cerrado, la intubación y la esofagectomía transhiatal¹⁻³. Presentamos el caso de un paciente en que la RT fue debida al estrangulamiento producido mientras manipulaba un taladro. En la bibliografía revisada (MEDLINE 1984-1996) no se recoge de forma expresa esta asociación.

Varón de 22 años, sin hábitos tóxicos ni antecedentes de interés. Acudió a urgencias tras sufrir una compresión de la región cervical por su propia ropa, la que previamente se había enrollado en un taladro en funcionamiento. Tras el accidente, comenzó con tos, expectoración hemoptoica y disnea en aumento, por lo que acudió a urgencias. En el examen físico inicial destacaba un enfisema subcutáneo en el cuello, siendo el resto de la exploración normal. La radiografía de tórax fue normal. Una radiografía de cuello confirmó la existencia de enfisema subcutáneo. Ante la sospecha de lesión traumática de la vía aérea superior se realizó fibrobroncoscopia, observándose una RT a 2 cm de las cuerdas vocales. Se procedió a intervención quirúrgica a través de una cervicotomía anterior, confirmándose una RT que afectaba a toda su circunferencia (porción cartilaginosa y membranosa). Se apreció, asimismo, una sección transversal del músculo esternocleidomastoideo derecho. Se realizó anastomosis término-terminal con buena evolución en el postoperatorio. Seis meses después el paciente está asintomático, sin que se observen estenosis a ningún nivel en una broncoscopia de control.

Las RT más frecuentes son las de origen yatrogénico y traumático. Entre estas últimas hay que distinguir entre las producidas por heridas penetrantes cervicales (disparo o herida por arma blanca), que suelen afectar a la traquea cervical, y las que se presentan en los traumatismos torácicos cerrados con fracturas costales múltiples, en los que la rotura afecta generalmente a la tráquea torácica a 2,5 cm de la carina (un 80% de los casos) y ocasionalmente a los bronquios principales. Los mecanismos implicados en las RT debidas a traumatismo torácico cerrado son de tres tipos: a) tracción de la carina secundaria al aumento del diámetro transversal y a la disminución del diámetro anteroposterior del tórax; b) compresión de la tráquea y bronquios principales contra el esternón, y c) por desaceleración sobre zonas de fijación como son la carina y el cartílago cricoides. La rotura transversal es la más frecuente en este tipo de traumatismos, y así ocurrió en el 74% de una serie de 189 casos⁴ seguida por rotura longitudinal (18%) y por formas más complejas (8%). Las RT relacionadas con la intubación suelen ser secundarias a intubaciones prolongadas, dificultosas o a la utilización de tubos de doble luz (tipo Carlens o White). Entre los factores descritos que predisponen a la RT caben destacar los intentos repetidos de intubación, la inexperiencia, el uso de fiadores,

TABLA I

Comparación del diagnóstico de la punción-aspiración transtorácica con aguja fina con el diagnóstico histológico definitivo

PAAF definitiva	Epidermoide	Adenocarcinoma	CCP	CCG	Otros
Epidermoide	31	6	2	2	-
Adenocarcinoma	1	15	-	-	-
CCP	-	-	7	-	1
CCG	3	-	-	5	-
Otros	-	1	-	1	17

PAAF: punción aspirativa con aguja fina; CCP: carcinoma de célula pequeña; CCG: carcinoma de célula grande.