



enfermo, donde se puede apreciar el fragmento de cepillo alojado en el árbol bronquial.

Pensamos que en este tipo de complicaciones influyen varios factores como son, los defectos propios del material, su uso prolongado o el mantenimiento inadecuado del mismo. Como sugiere Weissberg⁷, el examen cuidadoso de instrumentos tan delicados como los utilizados en la FB antes de iniciar cada exploración, podría evitar estas complicaciones. Creemos, además, que es necesario publicar en las revistas especializadas este tipo de incidencias que siempre resultarán útiles para los neumólogos interesados en la FB, y ayudará a establecer la verdadera incidencia de las complicaciones asociadas a esta exploración de tan frecuente indicación en la clínica diaria.

**F. Rodríguez de Castro, J.M. Arriero Marín,
A. Izquierdo del Amo y S. Domínguez Reboiras**
Servicio de Neumología. Hospital Ramón y Cajal.
Madrid.

BIBLIOGRAFIA

1. Pereira W, Kovnat DM, Snider GL. A prospective cooperative study of complications following flexible fiberoptic bronchoscopy. *Chest* 1978; 73:813-816.
2. Credle WF, Smiddy JF, Elliot RC. Complications of fiberoptic bronchoscopy. *Am Rev Respir Dis* 1974; 109:67-72.
3. Sanders DM. Needle in Haystack. *Chest* 1983; 83:936-936.
4. Suratt PM, Smiddy JF, Gruber B. Deaths and complications associated with fiberoptic bronchoscopy. *Chest* 1976; 69:747-751.
5. Malik SK, Behera D. Breakage of alligator biopsy forceps. An unusual complication during fiberoptic bronchoscopy. *Chest* 1984; 85:837-838.
6. Masa Jiménez JF, Vereá Hernando HR, Martín Egaña MT, Fontán Bueso J. Breakage of alligator forceps in transbronchial biopsy. *Chest* 1985; 88:156.
7. Weissberg D. Breakage of alligator forceps in transbronchial biopsy. *Chest* 1985; 88:156.

Sr. Director: He encontrado excelente el artículo de M.A. de Gregorio et al sobre «La punción transtorácica en el diagnóstico de las enfermedades pulmonares»¹, tanto por el número de casos que han estudiado como por las conclusiones a que llegan. Sin embargo, no puedo ocultarle que me ha dejado un poco perplejo un aspecto marginal del citado artículo: en la tabla V del texto, pormenori-

zan el diagnóstico citológico de su casuística, y dentro del apartado de **lesiones benignas** incluyen la sarcoidosis, el hamartoma y el quiste broncogénico. ¿De verdad, se creen los autores que el clínico puede quedarse tranquilo con tales diagnósticos citológicos? Con toda humildad me parece «demasiado».

No le niego, Sr. Director, que esos «diagnósticos citológicos» me preocupan sencillamente porque rompen mis esquemas. Y cuando en el trajín diario se pierde la fe en los propios esquemas clínicos, uno va de cráneo. Dirá Vd. que en este caso lo mejor es actualizarlos, pero yo me pregunto, un poco reservón, ¿habrá llegado el momento?

En esto de la citología, cualquiera que sea la manera de conseguir las muestras, mi esquema mental confieso que peca de simplista: *Doy a la citología un valor definitivo en la identificación de células tumorales, excluidas naturalmente a las de los linfomas; si el patólogo-citólogo lo afirma con garantía.* En todas las demás circunstancias, para andar «en verdad», más práctico es acudir directamente al estudio de la arquitectura histopatológica mediante la biopsia.

Lo que no excluye sacar el mayor partido a todos los datos que se tengan. En este sentido una «información citológica», no del todo resolutive, puede ser muy útil pero sólo como una «clave» más en el momento del diagnóstico. Claro que entonces tal información simplemente ayuda, pero no hace el diagnóstico. Para mí, el «diagnóstico citológico» es otra cosa.

Como he señalado en otra ocasión², me infunden un gran respeto los patólogos a quien siempre tenemos que agradecer su valiosa ayuda y que sepan disculparnos si disentimos. Osadía e ignorancia a veces van juntas.

F.J. Guerra Sanz
Hospital de Enfermedades del Tórax
Victoria Eugenia. Madrid.

BIBLIOGRAFIA

1. De Gregorio MA, Conget F, Marco R, Mainer A, Azúa J, Roca M. La punción transtorácica como método de diagnóstico de las enfermedades pulmonares. *Arch Bronconeumol* 1985; 21:150.
2. Guerra Sanz FJ. Patólogos y neumólogos. *Enf Tórax* 1984; 33:161.