



Radiología



0 - Abordaje interdisciplinario del diagnóstico no quirúrgico de la patología pulmonar difusa: criobiopsia transbronquial

J.J. Echevarria Uruga, M.E. Carreter de Granda, J. Pérez Izquierdo, H. Azcuna Fernández, L. Tena Tudanca y J.L. Miguélez Vidales

Galdakao, España.

Resumen

Objetivos: La criobiopsia transbronquial (CBTB) permite obtener tejido pulmonar mediante una sonda criogénica, y puede emplearse como alternativa a la biopsia quirúrgica en el diagnóstico de la patología pulmonar difusa. En este trabajo evaluaremos el rendimiento diagnóstico y las complicaciones de nuestra serie de CBTB.

Material y método: Revisamos 63 procedimientos (61 pacientes), practicados en una sala de Radiología Intervencionista, con la co-participación de neumólogo, anestesista y radiólogo. Los procedimientos requirieron de anestesia general. La criosonda (diámetro: 1,9 mm) introducida a través de un videobroncoscopio, era dirigida al segmento pulmonar previamente seleccionado según los hallazgos observados en TCMC, y su localización bronquial distal se controló con fluoroscopia. Tras congelar durante cuatro segundos, el conjunto "muestra histológica-criosonda-videobroncoscopio" era retirado. Practicamos cuatro criobiopsias en cada paciente. Para lograr la hemostasia del sangrado post-biopsia, en 40 procedimientos se realizó enclavamiento del videobroncoscopio e instilación de adrenalina, y en 23 pacientes se empleó un balón de angioplastia (diámetro: 6 mm, longitud: 40 mm) implantado paralelamente a la criosonda, para ocluir durante 3 minutos los subsegmentos bronquiales intervenidos. Posteriormente, el paciente era extubado y monitorizado durante cuatro horas.

Resultados: El 97% de las muestras mostró tejido viable y el diagnóstico histológico definitivo se consiguió en el 87%. No se observó desarrollo de neumotórax en ningún paciente. En ocho procedimientos (12%) se constató hemorragia moderada, aunque ninguno de estos episodios apareció al emplear balón para oclusión. Dos pacientes requirieron de hospitalización durante 24h por fallo respiratorio agudo.

Conclusiones: La CBTB presenta alta rentabilidad diagnóstica en la patología pulmonar difusa. El control con fluoroscopia y el uso de un adecuado balón ocluyente, minimiza los riesgos de neumotórax y hemorragia.