

## Utilidad de la biopsia transbronquial

### ¿SÓLO DEPENDIENTE DE LA TÉCNICA?

El rendimiento diagnóstico de la biopsia transbronquial ha sido frecuentemente debatido. Uno de los estudios más grandes acerca del diagnóstico histopatológico de la enfermedad pulmonar infiltrativa difusa del pulmón menciona que, comparada con la biopsia pulmonar a cielo abierto, la biopsia transbronquial es comúnmente inefectiva<sup>1,2</sup>. No obstante, el rendimiento varía significativamente según la enfermedad considerada. En sarcoidosis la positividad diagnóstica ha sido informada hasta en el 97% de los casos<sup>3</sup>. Por el contrario, algunos autores consideran que es absolutamente inespecífica y, por tanto, inefectiva para el diagnóstico de la fibrosis intersticial difusa idiopática<sup>4</sup>.

Hoy en día se considera que la biopsia transbronquial es útil para enfermedades parenquimatosas difusas que afectan fundamentalmente la zona peribroncovascular como sarcoidosis, silicosis, diseminación linfagítica de las neoplasias, neumonitis de hipersensibilidad, linfangioleiomiomatosis, neumonía eosinofílica y tuberculosis<sup>5,6,7,8,9</sup>. Menos útil resulta para lesiones focales, especialmente si son periféricas y pequeñas, como el nódulo pulmonar solitario, caso en el cual es siempre aconsejable la ayuda imagenológica. Recientemente se ha promovido como un método valioso para el diagnóstico de la enfermedad parenquimatosas difusas en el huésped inmunocomprometido como procedimiento complementario al lavado broncoalveolar, especialmente en casos de patología infecciosa<sup>9,10,11</sup> y para el diagnóstico y la detección precoz de complicaciones del trasplante pulmonar<sup>12</sup>.

A diferencia del rendimiento de la biopsia transbronquial según el diagnóstico final del paciente, pocos estudios de magnitud han evaluado el rendimiento según las características de la muestra obtenida<sup>13,14</sup>. Uno de estos estudios, aunque concluye que entre más grande la biopsia (más de 20 alvéolos) mayor la posibilidad de diagnóstico, finaliza mencionando que su grupo de pacientes fue

pequeño<sup>14</sup>. Es para el caso de la sarcoidosis, que más se ha evaluado este aspecto<sup>15,16</sup>.

En el presente número de la Revista, Garrido y colaboradores presentan un extenso estudio en el cual evalúan el rendimiento diagnóstico de la biopsia transbronquial según las características morfológicas de la muestra obtenida<sup>17</sup>. Aunque es realizado en una cohorte retrospectiva, uno de los autores, de manera ciega al diagnóstico previo, revisa las biopsias. Se establecieron grupos de acuerdo con el número de fragmentos obtenidos, el número de alvéolos contenidos y la presencia de colapso alveolar, de pared bronquial y de cartílago. Tras la evaluación de 613 biopsias, de las cuales fueron diagnósticas 347 (56.6%), concluyeron que el rendimiento diagnóstico de la biopsia transbronquial es mayor cuando se toman más de tres fragmentos, cuando las muestras contienen más de 60 alvéolos, cuando no contienen cartílago y cuando no existe colapso. Este estudio es una invitación a cumplir con estos requisitos al obtener y procesar las biopsias transbronquiales. La magnitud del estudio lo convierte en una referencia obligada para quien se refiera al tema. De hecho, esta investigación fue premiada en el pasado Congreso Colombiano de Neumología y Cirugía del Tórax como mejor trabajo realizado por médicos en entrenamiento.

Sin embargo, la presentación de los resultados de manera global podría dar a entender que el factor preponderante para obtener diagnóstico con la biopsia transbronquial es el aspecto técnico. Aunque no se puede desconocer la trascendencia de este aspecto, como en efecto lo confirman los resultados del estudio, la conclusión de que se puede lograr el diagnóstico en más del 80% de los casos si se obtiene la biopsia óptima puede propiciar la realización de procedimientos innecesarios y de alto riesgo sin considerar cuál es el diagnóstico sospechado. En un país con alta prevalencia de silicoantracosis y de enfermedad granulomatosa es esperable un mejor rendimiento de la biopsia transbronquial<sup>18</sup>. Sería recomendable, y podría ser

objeto de otra publicación, que los autores hicieran el mismo análisis para cada patología específica y confirmar si se repiten los mismos hallazgos y en la misma medida para cada una de ellas. Parece obvio que independientemente de la enfermedad considerada, entre mejor la biopsia mayor la posibilidad de diagnóstico. No obstante, si se evalúa el rendimiento diagnóstico de la biopsia transbronquial según el diagnóstico considerado, es presumible que existan diferencias significativas. Para hacerlo deberían tener en cuenta los diagnósticos finales obtenidos por otros métodos cuando no se logró por la biopsia transbronquial de forma que se podría conocer una tasa real de utilidad de ésta según cada patología específica.

De igual forma, sería importante conocer las tasas de complicaciones, específicamente neumotórax y hemorragia, y de mortalidad relacionadas al número de fragmentos y de alvéolos y a la presencia de cartílago y pared bronquial y, a su vez, relacionarlas con cada patología específica. Así se podría establecer un cuadro comparativo de riesgo-beneficio de la biopsia transbronquial según la enfermedad considerada.

Estos serían realmente otros trabajos y los comentarios no obedecen a una crítica a la metodología del estudio, la cual es clara. Además, las conclusiones son consecuentes con los objetivos planteados. Las observaciones están encaminadas a realzar que esta investigación demuestra que la posibilidad de hacer diagnóstico con una biopsia transbronquial aumenta dramáticamente en la medida que la calidad de la muestra obtenida es mejor, lo que no significa que con muestras de buena calidad se hará el diagnóstico en más del 80% para todas las enfermedades parenquimatosas difusas o focales, que puede ser una fácil interpretación equívoca de las conclusiones.

La pericia del operador es fundamental para obtener buenas muestras de biopsia transbronquial. El examen debería realizarse siempre con ayuda imagenológica, aún para el evento de la enfermedad intersticial e infiltrativa difusa. En estos casos, la selección del sitio de la biopsia puede hacerse previamente o durante el examen, caso en el cual es ideal, aunque no necesario en todos los casos, la realización de tomografía computarizada del tórax<sup>18</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wall CP, Gaensler EA, Carrington CB, Hayes JA. Comparison of transbronchial and open biopsies in chronic

infiltrative lung diseases. *Am Rev Respir Dis* 1981; 123: 280-5.

2. Gaensler EA, Carrington CB. Open biopsy for chronic diffuse infiltrative lung disease: clinical, roentgenographic and physiological correlations in 502 patients. *Ann Thorac Surg* 1980;30:411-26.

3. Lynch JP, Kazerooni EA, Gay SA. Pulmonary sarcoidosis. *Clin Chest Med* 1997;18:755-85.

4. Tierney LM. Idiopathic pulmonary fibrosis. *Semin Respir Med* 1991;12:229-37.

5. Shure D. Transbronchial biopsy and needle aspiration. *Chest* 1989; 95: 1130-8.

6. Unger M, Sterman D. Bronchoscopy, transthoracic needle aspiration, and related procedures. In: Fishman PA, Ed. *Pulmonary diseases and disorders*. Third Edition. New York; McGraw-Hill, 1998: 589-606.

7. Raghu G. Interstitial lung disease: a clinical overview and general approach. In: Fishman PA, Ed. *Pulmonary diseases and disorders*. Third Edition. New York; McGraw-Hill, 1998: 1037-53.

8. Schwarz MI. Clinical overview of interstitial lung disease. In: Schwarz MI, King T, eds. *Interstitial lung disease*. Second Edition. St Louis, Mosby Year Book, 1993:1-23.

9. DeRemee RA. Diffuse interstitial pulmonary disease from the perspective of the clinician. *Chest* 1989; 92: 1068-73.

10. Vander Els NJ, Stover DE. Approach to the patient with pulmonary disease. *Clin Chest Med* 1996;17:767-85.

11. Cazzadori A, Di Perri G. Transbronchial biopsy in the diagnosis of pulmonary infiltrates in immunocompromised patients. *Chest* 1995;107:101-6.

12. Guilinger RA, Paradis IL. The importance of bronchoscopy with transbronchial biopsy and bronchoalveolar lavage in the management of lung transplant recipients. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:2037-43.

13. Popovich J, Kvale PA. Diagnostic accuracy of multiple biopsies from flexible fiberoptic bronchoscopy. *Am Rev Respir Dis* 1982;125:521-3.

14. Freire AE, Cooper SP. Transbronchial lung biopsy: histopathologic and morphometric assessment of diagnostic utility. *Chest* 1992;102:748-52.

15. Gilman MJ, Wang KP. Transbronchial lung biopsy in sarcoidosis: An approach to determine the optimal number of biopsies. *Am Rev Respir Dis* 1980; 122: 721-4.

16. Roethe RA, Byrd RB, Hafermann DR. Transbronchoscopic lung biopsy in sarcoidosis: OPTimal number and sites for diagnosis. *Chest* 1980; 77: 400-2.

17. Garrido VG, Hernández FJC, Ojeda LP, Baena PJ. Biopsia transbronquial. Asociación entre características morfológicas y diagnóstico histopatológico. *Rev Colomb Neumol* 1998; 10: 22-27.

18. Torres CA. Enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) en Colombia. *Rev Colomb Neumol* 1995;7:119-25.

19. Raghu G. Interstitial lung disease. A diagnostic approach. Are CT scan and lung biopsy indicated in every patient? *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151: 909-14.

**CARLOS ARTURO TORRES DUQUE**

Neumólogo  
Fundación Neumológica Colombiana