

## Efecto del patólogo en la exactitud diagnóstica de la ecografía endobronquial lineal (EBUS-lineal) en la vida real: un estudio de cohorte

L. F. Giraldo-Cadavid<sup>1</sup>, M. T. Perez-Warnisher<sup>2</sup>, I. Fernandez-Navamuel<sup>3</sup>, J. Alfayate<sup>3</sup>, A. Naya<sup>3</sup>, P. Carballosa<sup>3</sup>, A. Gimenez<sup>3</sup>, E. Cabezas<sup>3</sup>, F. Martinez-Muñiz<sup>3</sup>, S. Alvarez<sup>3</sup>, J. Flandes<sup>3</sup>

1 Fundación Neumológica Colombiana; Universidad de La Sabana - Bogotá (Colombia), 2 Fundación Jiménez Díaz; Universidad de Navarra - Madrid (España), 3 Fundación Jiménez Díaz - Madrid (España)

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La evidencia sobre el efecto del patólogo en la exactitud de la Ecobroncoscopia lineal (EBUS-lineal) es muy escasa. Nuestro objetivo fue evaluar el efecto del patólogo en la exactitud de la EBUS-lineal ajustando por posibles factores de confusión.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte, con pacientes reclutados secuencialmente. Todas las EBUS fueron realizadas por al menos un broncoscopista senior (experiencia > 100 EBUS), el patólogo que leyó las muestras tuvo una experiencia variada. El diagnóstico final se realizó mediante análisis histopatológico (94%) o imágenes de seguimiento (6%). Exploramos los factores que podrían afectar la exactitud diagnóstica, como el sexo, la edad, la indicación, el patólogo, el broncoscopista, el tamaño del ganglio, la estación y la disponibilidad de PET. Realizamos una regresión logística multivariada para ajustar por las variables de confusión.

### RESULTADOS

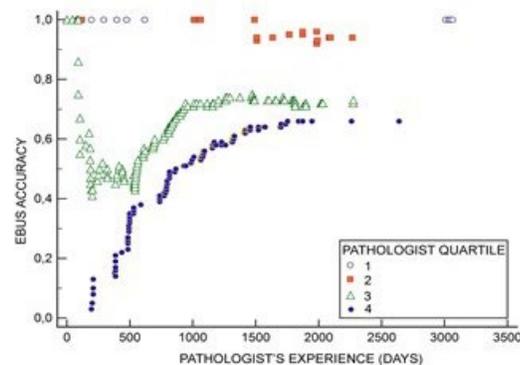
Se realizaron 663 EBUS. La edad media (+SD) fue de 63.7 +12.9 años, el 71.9% fueron del sexo masculino.

Las indicaciones más comunes fueron adenopatías mediastínicas en pacientes con sospecha de cáncer de pulmón (68.7%), cáncer extratorácico (9.8%) y adenopatías inflamatorias/infecciosas (7.7%).

La mediana del tamaño de la adenopatía fue de 14 mm (IQR: 10 mm-20 mm).

La exactitud global fue del 80.7%. Las variables que se asociaron independientemente con una mayor exactitud de la EBUS fueron: estación 4R (P=0.046) y la mayor experiencia del patólogo (P=0.02); las que se asociaron con menor exactitud fueron: diámetro de los ganglios en el eje corto <1 cm (P=0.007), estaciones 11R (P<0,01) y 10R (P=0,03), y ciertos patólogos independientemente de su experiencia (P<0,01).

Sexo Hombre, n (%)	477 (71,9)
Edad, media (DE)	63,7 (12,9)
Indicación de EBUS, n (%)	
Adenopatías (cáncer intratorácico)	454 (68,7)
Adenopatías (cáncer extratorácico)	65 (9,8)
Adenopatías inflamatorias	51 (7,7)
Estadificación del cáncer	46 (7,0)
Adenopatías infecciosas	6 (0,9)
Revaloración histológica del cáncer	2 (0,3)
Otra	37 (5,6)
Tamaño de la adenopatía, mediana(RIQ)	13,0 (10-20)
PET, n (%)	
Negativa	61 (9,2)
Positiva	247 (37,3)
No se realizó	355 (53,5)
Estadificación nodal, n (%)	
7	195 (29,4)
4R	165 (24,9)
10R	103 (15,5)
4L	62 (9,4)
10L	47 (7,1)
2R	24 (3,6)
11R	18 (2,7)
11L	16 (2,4)
12R	7 (1,1)
2L	5(0,8)
8	4(0,6)
12L	2(0,3)
5	2(0,3)
3	1(0,2)
Complicaciones, n (%)	
Ninguna	662 (99,8)
Desaturación de oxígeno	1 (0,2)
Modalidad anestésica, n (%)	
Sedación consciente	660 (99,5)
Anestesia local	3(0,5)
Anestesia general	0 (0,0)



### CONCLUSIONES

La estación nodal 4R y la mayor experiencia del patólogo se asociaron con una mayor exactitud de la EBUS. Los ganglios linfáticos pequeños, las estaciones nodales 11R y 10R y ciertos patólogos independientemente de su experiencia se asociaron con una menor exactitud de la EBUS.