

ECOBRONCOSCOPIA LINEAL O SECTORIAL (EBUS)

Dr. Alfons Torrego

*Unidad de Broncoscopia, Servicio de Pneumología
Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, Barcelona*

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La ecobroncoscopia es una técnica que usa ultrasonidos para visualizar las estructuras adyacentes a la pared de la vía aérea y en el interior de la misma. Su principal indicación es la punción-aspiración guiada para el abordaje de tumores y adenopatías mediastínicas y pulmonares, siendo el diagnóstico y estadificación del cáncer de pulmón la principal aplicación clínica.

Hay dos tipos de ecobroncoscopios, radial y lineal o sectorial, en función del tipo de transductor utilizado, y las indicaciones clínicas son diferentes en cada uno de ellos.

El ecobroncoscopio sectorial es similar a un broncoscopio convencional, pero presenta en el extremo distal un transductor que permite visualizar las estructuras adyacentes a la vía aérea, así como guiar la punción-aspiración transbronquial (PTB) con visión directa en tiempo real. La citología estándar o los bloques celulares obtenidos con esta técnica pueden ser aplicados no sólo para el diagnóstico anatomopatológico sino para estudios posteriores como la inmunohistoquímica y las determinaciones moleculares.

PROCEDIMIENTO

- Colocación del balón. Sirve para mejorar la visión ultrasonográfica. Especialmente útil en pacientes con anomalías de la vía aérea y en regiones anatómicas de difícil acceso.
- Preparación de la aguja. Para evitar el daño del broncoscopio es importante confirmar siempre que el catéter está fijado al broncoscopio, que la aguja está retraída y bloqueada y que la vaina está fuera del canal de trabajo.

- El sistema óptico del ecobroncoscopio proporciona un campo de visión de 80° y a 35° del eje longitudinal del broncoscopio. Por lo tanto, para obtener una visión directa hay que flexionar el broncoscopio levemente hacia abajo. La sonda de ultrasonidos colocada en la punta del broncoscopio no es visible si el balón no está inflado, por lo que no se debe forzar en la vía aérea, ya que puede causar trauma. Se introduce por vía oral (en nuestra presentación facilitado por la colocación previa de una máscara laríngea) y se pasa a través de las cuerdas visualizando el ángulo anterior de la glotis sin forzar el broncoscopio. Debido al tamaño del broncoscopio, la inspección de la vía aérea es limitada, por el lado izquierdo a la bifurcación del bronquio lobar inferior y superior, y por el lado derecho a la bifurcación del bronquio lobar medio con el lobar inferior.
- Visualización de las adenopatías o lesiones mediastínicas.
- Selección del lugar de la punción, punción y aspiración.
- El número de punciones por ganglio aconsejado es de tres. Si hay un citopatólogo en la sala, el número depende de éste, ya que si en una primera punción positiva hay material para el diagnóstico puede no ser necesario realizar más punciones. En cualquier caso es recomendable siempre obtener material extra para posibles estudios moleculares posteriores.

REFERENCIAS

- Plan de calidad para la toma y procesado de muestras endoscópicas. 28 Manual SEPAR de procedimientos, num 28. Año 2013. www.SEPAR.es