

## Procedimiento

# LAVADO BRONCOALVEOLAR

Dr Alfons Torrego

*Unidad de Bronoscopias, Servicio de Neumología.  
Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, Barcelona*

### FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El lavado broncoalveolar (LBA) es una técnica que consiste en la introducción y posterior recuperación de suero salino en el parénquima pulmonar, habitualmente a través del canal de un bronoscopio flexible.

Su objetivo es obtener una muestra representativa de las células y material soluble presentes en la vía aérea distal y los alveolos, e indirectamente, del intersticio pulmonar. Se utiliza en el estudio de enfermedades pulmonares intersticiales, infecciosas o neoplásicas.

### UBICACIÓN Y MATERIAL NECESARIO

Sala específica de bronoscopias o cualquier ubicación que permita la realización de una endoscopia respiratoria (UCI, quirófano, sala de hospitalización, urgencias, etc.). Se requiere equipamiento básico de bronoscopias. Monitorización de oxígeno y constantes vitales básicas. Medicación para bronoscopia (lidocaína, agentes sedantes, etc.).

Toma de oxígeno y vacío para aspiración.

Suero salino estéril, jeringas, equipo de suero.

Material para posterior manipulación de la muestra (tubos para citología, inmunología, microbiología, etc.).

### PROCEDIMIENTO

- Preparar jeringas (20-50 mL) con suero salino estéril a temperatura ambiente o ligeramente templada (próxima a la temperatura corporal).
- En adultos, el volumen de suero a instilar oscilará entre 100-300 mL. Cantidades inferiores aumentan la pro-

babilidad de recoger excesivo material de origen bronquial y volúmenes superiores incrementan el riesgo de complicaciones.

- En caso de tener planeadas otras técnicas durante la misma bronoscopia (biopsia, punciones, etc.), es recomendable realizar el LBA en primer lugar para no interferir los resultados.
- Seleccionar por visión endoscópica el segmento pulmonar que va a ser lavado e instilar anestesia tópica para reducir la tos.
- Enclavar el extremo distal del bronoscopio en el bronquio seleccionado, manteniendo buena visión de la luz distal y tratando de evitar la pared.
- Instilar el suero con suavidad en alícuotas de 20-60 mL hasta alcanzar el volumen total.
- Tras cada instilación se recupera el suero por el canal de trabajo con succión suave para tratar de reducir el colapso bronquial dinámico. Se puede aspirar directamente con la misma jeringa con la que se ha instilado, o interponiendo un catéter entre jeringa y bronoscopio, o con succión de pared.
- Se recomienda separar la primera alícuota "fracción bronquial", de las siguientes ("fracción alveolar").
- El volumen recuperado debe recogerse en recipientes de plástico o silicona, no de cristal, para evitar pérdida de células por adherencia de pared. La muestra debe ser procesada en las primeras 4 horas o bien conservarla en frío.

Basado en "Plan de calidad para la toma y procesado de muestras endoscópicas (2013). Manuales de Procedimientos SEPAR. En [www.separ.es](http://www.separ.es)".