



tarse a un solo BAS-PRE puede aumentar el número de falsos negativos. Asimismo, apoyan la poca probabilidad de que la hemorragia, provocada por la biopsia o el legrado impida el estudio citológico correcto de la muestra; sin embargo, naturalmente, no se puede descartar este hecho en hemorragias importantes.

Según estos resultados, para obtener un máximo rendimiento en la citología del BAS sin incrementar el trabajo del laboratorio, nos parece adecuada la siguiente pauta: recoger un BAS-PRE, cambiar el frasco de recogida de broncoaspiración, hacer la biopsia, legrado o punción y recoger el BAS-POST. Únicamente si se provoca una hemorragia importante, deben enviarse las dos muestras por separado; en los demás casos, mezclar el contenido de ambos frascos y procesarlo como muestra única.

R. Güell*, C. Puzo*, P. de las Heras**
y J. Castella*

* Servicio de Aparato Respiratorio;

** Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

1. Puzo MC, Castella J, Nauffal D, Tarrés J, Sauret J, Rodríguez-Arias JM. Carcinoma de pulmón III. Diagnóstico broncoscópico. *Med Clin* 1978; 71:86-88.
2. Castella J, Puzo MC. Neoplasias broncopulmonares. En *Broncología*. Barcelona. Ed Salvat 1982; 131-155.
3. Chaudhary BA, Yoneda K, Burki NK. Fiberoptic bronchoscopy. Comparison of procedures used in the diagnosis of lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1978; 76:33-37.

Complicación infrecuente de la fibrobroncoscopia

Sr. Director: La fibrobroncoscopia (FB) es considerada en la actualidad como un método diagnóstico rutinario en la práctica neumológica diaria. Cuando se realiza por especialistas suficientemente entrenados y en hospitales o centros sanitarios equipados adecuadamente, la morbimortalidad encontrada por diferentes autores, es poco importante. Pereira et al¹, hicieron un estudio prospectivo sobre 908 enfermos encontrando un porcentaje de complicaciones mayores del 1,7 %, menores en el 6,5 %, habiéndose producido, además, una muerte (0,01 %). Sin embargo, en los datos recogidos por Credle et al², las complicaciones mayores y menores no sobrepasaron el 0,08 % y 0,2 % respectivamente, con sólo tres muertes en las 24.521 FB realizadas (0,01 %). Estos últimos datos coinciden con la experiencia recogida en nuestro centro tras llevar a cabo más de 6.500 exploraciones endoscópicas respiratorias.

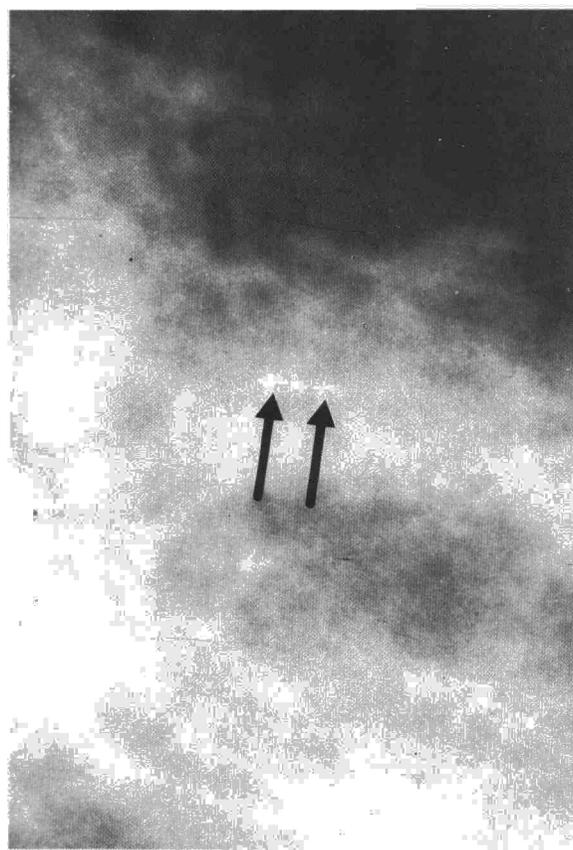


Fig. 1. Detalle radiológico de tórax donde se aprecia la porción de cepillo desprendida en el interior del árbol bronquial.

No obstante, en los últimos años, se ha publicado por distintos autores³⁻⁷ una rara pero interesante complicación, que quizá no sea tan infrecuente como en un primer momento haría pensar su escasa divulgación. Se trata de la rotura, en el interior del árbol bronquial, de las pinzas de biopsia o del cepillo de legrado.

Recientemente, hemos tenido una complicación similar al desprenderse la porción exfoliativa del cepillo (Olympus BC 10 C) de su guía metálica, durante un estudio fibrobroncoscópico rutinario, sin forzar en ningún momento la maniobra o ejecutarla de forma especialmente enérgica. Se trataba de un varón de 62 años portador de un proceso neoplásico maligno en su lóbulo superior derecho, que fue etiquetado como carcinoma epidermoide por el estudio citológico realizado en las muestras de broncoaspirado y en las extensiones del material obtenido en los legrados bronquiales previos al incidente. Fue infructuoso el intento de recuperar la pieza desprendida con las pinzas de biopsia (Olympus FB-15 C), permitiendo, la neumonectomía practicada posteriormente al paciente, la confirmación diagnóstica, la resección tumoral y la recuperación del extremo distal del cepillo. En la figura 1 se muestra un detalle radiológico del tórax del



enfermo, donde se puede apreciar el fragmento de cepillo alojado en el árbol bronquial.

Pensamos que en este tipo de complicaciones influyen varios factores como son, los defectos propios del material, su uso prolongado o el mantenimiento inadecuado del mismo. Como sugiere Weissberg⁷, el examen cuidadoso de instrumentos tan delicados como los utilizados en la FB antes de iniciar cada exploración, podría evitar estas complicaciones. Creemos, además, que es necesario publicar en las revistas especializadas este tipo de incidencias que siempre resultarán útiles para los neumólogos interesados en la FB, y ayudará a establecer la verdadera incidencia de las complicaciones asociadas a esta exploración de tan frecuente indicación en la clínica diaria.

**F. Rodríguez de Castro, J.M. Arriero Marín,
A. Izquierdo del Amo y S. Domínguez Reboiras**
Servicio de Neumología. Hospital Ramón y Cajal.
Madrid.

BIBLIOGRAFIA

1. Pereira W, Kovnat DM, Snider GL. A prospective cooperative study of complications following flexible fiberoptic bronchoscopy. *Chest* 1978; 73:813-816.
2. Credle WF, Smiddy JF, Elliot RC. Complications of fiberoptic bronchoscopy. *Am Rev Respir Dis* 1974; 109:67-72.
3. Sanders DM. Needle in Haystack. *Chest* 1983; 83:936-936.
4. Suratt PM, Smiddy JF, Gruber B. Deaths and complications associated with fiberoptic bronchoscopy. *Chest* 1976; 69:747-751.
5. Malik SK, Behera D. Breakage of alligator biopsy forceps. An unusual complication during fiberoptic bronchoscopy. *Chest* 1984; 85:837-838.
6. Masa Jiménez JF, Vereá Hernando HR, Martín Egaña MT, Fontán Bueso J. Breakage of alligator forceps in transbronchial biopsy. *Chest* 1985; 88:156.
7. Weissberg D. Breakage of alligator forceps in transbronchial biopsy. *Chest* 1985; 88:156.

Sr. Director: He encontrado excelente el artículo de M.A. de Gregorio et al sobre «La punción transtorácica en el diagnóstico de las enfermedades pulmonares»¹, tanto por el número de casos que han estudiado como por las conclusiones a que llegan. Sin embargo, no puedo ocultarle que me ha dejado un poco perplejo un aspecto marginal del citado artículo: en la tabla V del texto, pormenori-

zan el diagnóstico citológico de su casuística, y dentro del apartado de **lesiones benignas** incluyen la sarcoidosis, el hamartoma y el quiste broncogénico. ¿De verdad, se creen los autores que el clínico puede quedarse tranquilo con tales diagnósticos citológicos? Con toda humildad me parece «demasiado».

No le niego, Sr. Director, que esos «diagnósticos citológicos» me preocupan sencillamente porque rompen mis esquemas. Y cuando en el trajín diario se pierde la fe en los propios esquemas clínicos, uno va de cráneo. Dirá Vd. que en este caso lo mejor es actualizarlos, pero yo me pregunto, un poco reservón, ¿habrá llegado el momento?

En esto de la citología, cualquiera que sea la manera de conseguir las muestras, mi esquema mental confieso que peca de simplista: *Doy a la citología un valor definitivo en la identificación de células tumorales, excluidas naturalmente a las de los linfomas; si el patólogo-citólogo lo afirma con garantía.* En todas las demás circunstancias, para andar «en verdad», más práctico es acudir directamente al estudio de la arquitectura histopatológica mediante la biopsia.

Lo que no excluye sacar el mayor partido a todos los datos que se tengan. En este sentido una «información citológica», no del todo resolutive, puede ser muy útil pero sólo como una «clave» más en el momento del diagnóstico. Claro que entonces tal información simplemente ayuda, pero no hace el diagnóstico. Para mí, el «diagnóstico citológico» es otra cosa.

Como he señalado en otra ocasión², me infunden un gran respeto los patólogos a quien siempre tenemos que agradecer su valiosa ayuda y que sepan disculparnos si disentimos. Osadía e ignorancia a veces van juntas.

F.J. Guerra Sanz
Hospital de Enfermedades del Tórax
Victoria Eugenia. Madrid.

BIBLIOGRAFIA

1. De Gregorio MA, Conget F, Marco R, Mainer A, Azúa J, Roca M. La punción transtorácica como método de diagnóstico de las enfermedades pulmonares. *Arch Bronconeumol* 1985; 21:150.
2. Guerra Sanz FJ. Patólogos y neumólogos. *Enf Tórax* 1984; 33:161.