

Concordancia citohistológica de la punción-aspiración transtorácica con aguja fina en lesiones malignas

Sr. Director: Hemos leído con interés el artículo de Hernández Borge et al¹ sobre la concordancia citohistológica de la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) transtorácica. Nos ha sorprendido el hallazgo de una muy baja concordancia entre el diagnóstico de la PAAF el definitivo, con un coeficiente kappa (K) global de 0,17.

En primer lugar, deseáramos mencionar que a partir de los datos aportados en la tabla II de dicho artículo, se obtiene un coeficiente K para la concordancia global de 0,45, en lugar de 0,17. Este valor de K, similar al descrito por otros autores², corresponde a una concordancia moderada.

Pese a ello, los resultados obtenidos de nuestra serie de pacientes³ muestran que la PAAF todavía puede alcanzar una mayor concordancia histológica. Durante el período 1990-1993 se realizaron en nuestro centro 160 PAAF torácicas, obteniéndose un diagnóstico de malignidad en 92 casos (76 varones y 16 mujeres), con una edad media de 62 ± 15 años (DE). Se consideraron los siguientes tipos histológicos: carcinoma epidermoide (41 pacientes), adenocarcinoma (16), carcinoma de célula pequeña (CCP) (8 casos), carcinoma de célula grande (CCG) (ocho) y otros tipos celulares (19). El diagnóstico definitivo se obtuvo mediante toracotomía, necropsia (8 casos), o por al menos dos fibrobroncoscopias repetidas, con biopsias bronquiales concordantes (3 casos).

Al comparar el diagnóstico de las 92 PAAF analizadas con el diagnóstico histológico definitivo (tabla I), se halló una proporción observada de aciertos (p_o) de 0,82, una proporción de concordancia estimada por el azar (p_e) de 0,27 y un valor de K de 0,74. Por grupos histológicos, el coeficiente K fue de 0,69 en el carcinoma epidermoide, de 0,74 en el adenocarcinoma, de 0,81 en el CCP, de 0,59 en el CCG y de 0,90 en el grupo de otros tumores.

Desde el punto de vista práctico, el principal interés de la PAAF en el diagnóstico del carcinoma broncogénico radica en diferenciar tumores microcíticos de no microcíticos. En este aspecto, la fiabilidad de la PAAF es elevada tanto en el estudio de Hernández Borge et al¹ (K = 0,78) como en el nuestro (K = 0,81). Por tanto, la indicación de cirugía podría establecerse con garantías a partir del resultado de la PAAF. Incluso en aquellos pa-

cientes con un nódulo pulmonar solitario en los que una fibrobroncoscopia previa ha resultado negativa⁴, la fiabilidad diagnóstica de la PAAF es alta: p_o = 0,8, p_e = 0,38 y K = 0,68.

Existen algunas diferencias importantes entre el estudio de Hernández Borge et al¹ y el nuestro. En su caso, el período de análisis fue mayor (11 años), la guía para la punción no fue siempre la misma (tomografía computarizada o fluoroscopia) y las punciones fueron realizadas por diferentes radiólogos. Aunque estas diferencias podrían contribuir a la menor rentabilidad de la técnica, consideramos que el factor más importante es la falta de control citológico durante la punción.

**Francisco García Río,
Salvador Díaz Lobato y Carlos Villasante**
Servicio de Neumología,
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

- Hernández Borge J, Peña Griñán N, Huerfano Cifredo M, Alfageme Michavilla I, Vargas Puerto A, Campos Rodríguez F. Concordancia citohistológica de la punción-aspiración pulmonar transtorácica con aguja fina (PAPTAF) en lesiones malignas. Arch Bronconeumol 1997; 33: 225-229.
- Soler JJ, Perpiñá M, Greses JV, Calvo V, Padilla J, París F. Fiabilidad del diagnóstico anatomopatológico prequirúrgico en el carcinoma broncogénico primario. Med Clin (Barc) 1997; 108: 81-86.
- García Río F, Díaz Lobato S, Atienza N, Casadevall J, Prados C, Pino JM et al. Punción aspiración con aguja fina torácica mediante guía TC. Rentabilidad y complicaciones. Rev Clin Esp 1994; 194: 265-269.
- García Río F, Díaz Lobato S, Pino JM, Atienza M, Viguer JM, Villasante C et al. Value of CT guided fine needle aspiration in the solitary pulmonary nodules with negative fiberoptic bronchoscopy. Acta Radiologica 1994; 35: 478-480.

Rotura traqueal causada por estrangulamiento

Sr. Director: La rotura traqueal (RT) es una entidad infrecuente pero de consecuencias muy graves que compromete la vida si su diagnóstico y tratamiento no se realizan de forma precoz y agresiva. Su diagnóstico temprano y reparación quirúrgica pueden prevenir complicaciones como el neumotórax a tensión, la insuficiencia respiratoria, la obstrucción de la vía aérea, la estenosis traqueobronquial, la mediastinitis y la sepsis, entre otros. Los signos radiológicos (neumotórax

uni o bilateral asociado a neumomediastino y enfisema subcutáneo o bien atelectasia pulmonar) no son patognomónicos, pero ante su aparición hay que plantearse un diagnóstico de sospecha que será confirmado por broncoscopia (preferentemente) y/o TAC. Las causas más frecuentes de rotura traqueobronquial son la herida penetrante cervical, el traumatismo torácico cerrado, la intubación y la esofagectomía transhiatal¹⁻³. Presentamos el caso de un paciente en que la RT fue debida al estrangulamiento producido mientras manipulaba un taladro. En la bibliografía revisada (MEDLINE 1984-1996) no se recoge de forma expresa esta asociación.

Varón de 22 años, sin hábitos tóxicos ni antecedentes de interés. Acudió a urgencias tras sufrir una compresión de la región cervical por su propia ropa, la que previamente se había enrollado en un taladro en funcionamiento. Tras el accidente, comenzó con tos, expectoración hemoptoica y disnea en aumento, por lo que acudió a urgencias. En el examen físico inicial destacaba un enfisema subcutáneo en el cuello, siendo el resto de la exploración normal. La radiografía de tórax fue normal. Una radiografía de cuello confirmó la existencia de enfisema subcutáneo. Ante la sospecha de lesión traumática de la vía aérea superior se realizó fibrobroncoscopia, observándose una RT a 2 cm de las cuerdas vocales. Se procedió a intervención quirúrgica a través de una cervicotomía anterior, confirmándose una RT que afectaba a toda su circunferencia (porción cartilaginosa y membranosa). Se apreció, asimismo, una sección transversal del músculo esternocleidomastoideo derecho. Se realizó anastomosis término-terminal con buena evolución en el postoperatorio. Seis meses después el paciente está asintomático, sin que se observen estenosis a ningún nivel en una broncoscopia de control.

Las RT más frecuentes son las de origen yatrogénico y traumático. Entre estas últimas hay que distinguir entre las producidas por heridas penetrantes cervicales (disparo o herida por arma blanca), que suelen afectar a la traquea cervical, y las que se presentan en los traumatismos torácicos cerrados con fracturas costales múltiples, en los que la rotura afecta generalmente a la tráquea torácica a 2,5 cm de la carina (un 80% de los casos) y ocasionalmente a los bronquios principales. Los mecanismos implicados en las RT debidas a traumatismo torácico cerrado son de tres tipos: a) tracción de la carina secundaria al aumento del diámetro transversal y a la disminución del diámetro anteroposterior del tórax; b) compresión de la tráquea y bronquios principales contra el esternón, y c) por desaceleración sobre zonas de fijación como son la carina y el cartílago cricoides. La rotura transversal es la más frecuente en este tipo de traumatismos, y así ocurrió en el 74% de una serie de 189 casos⁴ seguida por rotura longitudinal (18%) y por formas más complejas (8%). Las RT relacionadas con la intubación suelen ser secundarias a intubaciones prolongadas, dificultosas o a la utilización de tubos de doble luz (tipo Carlens o White). Entre los factores descritos que predisponen a la RT caben destacar los intentos repetidos de intubación, la inexperiencia, el uso de fiadores,

TABLA I

Comparación del diagnóstico de la punción-aspiración transtorácica con aguja fina con el diagnóstico histológico definitivo

PAAF definitiva	Epidermoide	Adenocarcinoma	CCP	CCG	Otros
Epidermoide	31	6	2	2	-
Adenocarcinoma	1	15	-	-	-
CCP	-	-	7	-	1
CCG	3	-	-	5	-
Otros	-	1	-	1	17

PAAF: punción aspirativa con aguja fina; CCP: carcinoma de célula pequeña; CCG: carcinoma de célula grande.

un tubo de diámetro inadecuado, los movimientos bruscos del paciente, la edad avanzada, grandes lesiones mediastínicas o neoplasias que causen distorsión de la tráquea, malformaciones traqueales y corticoterapia previa^{5,6}. Para el diagnóstico definitivo son necesarios signos radiológicos de sospecha (neumotórax, neumomediastino y enfisema subcutáneo) y confirmación broncoscópica (para precisar la localización y el tamaño de la RT).

A pesar de la excepcional presentación de la RT en el paciente, la presencia de enfisema subcutáneo en el cuello fue orientativa para la realización de una fibrobroncoscopia y la confirmación del diagnóstico. La reparación quirúrgica como es habitual en los casos de roturas transversales⁵ se realizó con sutura absorbible interrumpida, siendo la evolución posterior satisfactoria.

P. García López, E. Fernández Vázquez y A. Cueto Ladrón de Guevara*
Servicio de Neumología. *Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

1. D'Odemont JP, Pringot J, Goncette L, Goenen M, Rodenstein D. Spontaneous favorable outcome of tracheal laceration. *Chest* 1991; 99: 1.290-1.292.
2. Baumgartner F, Sheppard B, De Virgilio C. Tracheal and main bronchial disruptions after blunt chest trauma: presentation and management. *Ann Thorac Surg* 1990; 50: 569-574.
3. Roxburg JC. Rupture of the tracheobronchial tree. *Thorax* 1987; 42: 681-688.
4. Symbas PN, Justicz AG, Ricketts RR. Rupture of the airways from blunt trauma: treatment of complex injuries. *Ann Thorac Surg* 1992; 54: 177-183.
5. Marty-Ané CH, Picard E, Jonquet O, Mary H. Membranous tracheal rupture after endotracheal intubation. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 1.367-1.371.
6. Lobo M, Reinaldo JA, Tamame C, Reinoso F, Girón R. Lesiones traqueobronquiales debidas a procedimientos anestésicos. *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 1991; 38: 51-54.

Enfermedad respiratoria crónica invalidante y alcoholismo

Sr. Director: Los objetivos del tratamiento de una enfermedad poco reversible como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se basan en mejorar los síntomas, evitando un deterioro progresivo o complicaciones, y la calidad de vida del paciente^{1,2}. Dejar de fumar, el tratamiento farmacológico y la oxigenoterapia, junto a la rehabilitación, son las medidas a las que más se atribuye un aumento de la calidad y expectativa de vida¹. De las extensas normativas publicadas recientemente al respecto, los programas de educación y apoyo psicológico suelen ocupar un pequeño apartado de las mismas y parecen enfocarse a disminuir la disnea con una dedicación y éxito controvertidos, frecuentemente olvidados, a pesar de su importancia en el tratamiento del paciente como ocurrió en nuestro caso^{1,2}.

Paciente de 39 años de edad, ex fumador importante, diagnosticado de enfisema pulmonar severo secundario a un déficit congénito de alfa-1-antitripsina (Pi ZZ). La espirometría demostraba una obstrucción muy severa (FEV₁ = 29%) y, a pesar de un tratamiento sustitutivo con alfa-1-antitripsina, broncodilatador y oxigenoterapia domiciliaria en los últimos 3 años, presentó un empeoramiento progresivo hasta una disnea de pequeños esfuerzos. El paciente rechazó la posibilidad de entrar en un programa de trasplante. Mientras refería mantenerse estable, su esposa acudió a nuestra consulta preocupada por una importante ingesta enólica en los últimos meses, hecho repetidamente negado por el paciente. Con intención de descartar esta posibilidad y para mantener su control, se decidió su ingreso. La exploración física demostraba una frecuencia de 20 respiraciones por minuto, ligero tiraje intercostal, una auscultación respiratoria con una hipofonesis generalizada y ausencia de focalidad neurológica. La bioquímica, hemograma y coagulación eran normales. En la gasometría respirando O₂ (26%) se obtuvieron los siguientes resultados: pH = 7,34 pO₂ = 58 mmHg, pCO₂ = 59 mmHg y saturación de O₂ del 89%. La radiografía era compatible con un atrapamiento aéreo severo. A las 48 h, inició un cuadro de agitación, alucinaciones visuales, desorientación, agresividad y temblores con sudores generalizados compatible con un síndrome de abstinencia, precisando clometiazol intravenoso para su control. El electrocardiograma y electroencefalograma fueron normales. Tras reinterrogatorio, reconoció una ingesta enólica para aliviar sus síntomas de más de 150 g/día en los últimos 6 meses, por lo que inició un programa de apoyo para evitar una recaída que no se ha producido pasados 10 meses.

Nadie duda de la gravedad de una epidemia social como el problema del alcoholismo. Vivimos en un país que ocupa un lugar privilegiado entre los consumidores del mismo, donde es un producto de fácil adquisición y capaz de producir una sedación o euforia tras su ingesta inmediata, con una abstinencia menos pesada que otras drogas^{3,4}. Para un paciente incapacitado por su EPOC como el aquí descrito, donde encontrarse o sentirse bien no depende exclusivamente de unos parámetros numéricos u objetivos, sino del impacto que produce la enfermedad sobre su calidad de vida y de la visión que él tiene de sí mismo, el alcohol podría ser una alternativa ante la falta de apoyo o no superación del conflicto. Pero este efecto placentero contrasta con su relación directa o indirecta con múltiples enfermedades como las neuropsiquiátricas, cardiorrespiratorias o digestivas, destacando la hepatopatía alcohólica, que sería de especial trascendencia en el paciente por su asociación con el déficit de alfa-1-antitripsina y hepatopatía de base. Para su detección precoz y prevención, las encuestas con alusión directa y los marcadores biológicos (VCM, GGT, GOT y GPT) no son siempre definitivos, y es más frecuente que hasta la aparición de problemas mayores pase desapercibida, sobre todo si consideramos el poco conocimiento sobre su tratamiento en ambientes menos sensibilizados como el área neumológica^{3,4}. Para ello insistimos en la necesidad de una búsqueda intencionada, en la

participación de la familia en el seguimiento o en la posibilidad de utilizar de forma rutinaria y continuada distintos tests o encuestas que de forma individualizada permitan analizar no sólo la duración de su vida, sino el valor que tiene ésta y el de sus transformaciones^{5,6}.

M. Haro, A. Núñez y F. Muñoz-Rino
Sección de Neumología.
Hospital General de Albacete.

1. Montemayor T, Alfajeme I, Escudero C, Morera J, Sánchez L. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 1996; 32: 285-301.
2. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, Paoletti P, Gibson J, Howard P et al. Optimal assessment and management of COPD. *Eur Respir J* 1995; 8: 1.398-1.420.
3. Rico J. El consumo de alcohol. *Ann Intern Med* (Madrid) 1995; 12: 521-523.
4. Manresa JM. Alcoholismo: un agujero negro en nuestra formación médica. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 22-23.
5. Cornudella R, Caballero C, López A. Aspectos psicosociales de la enfermedad respiratoria crónica. *Arch Bronconeumol* 1994; 30: 74-79.
6. Sobradillo V, Casan P. Utilidad clínica de la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 197-198.

Sarcoma inducido por radioterapia en el tratamiento de un carcinoma de mama

Sr. Director: El sarcoma inducido tras radioterapia (SIR) en el tratamiento del cáncer de mama es una entidad muy rara, con una incidencia acumulada de 0,2 a los 10 años¹, habiéndose descrito aproximadamente 100 casos en la bibliografía. Esta terrible complicación probablemente esté subestimada dado que requiere un período de latencia y seguimiento largo y quizá porque muchos de estos casos no se han comunicado².

Mujer de 50 años de edad que consultó en julio de 1988 por una tumoración de aproximadamente 6 cm en la mama izquierda. Se realizó una biopsia que correspondía a un adenocarcinoma medular por lo que se completó con una mastectomía radical modificada tipo Patey con vaciamiento axilar.

Recibió irradiación adyuvante con telecobaltoterapia (Theratrón) sobre el lecho de la mastectomía mediante dos campos tangenciales: interno y externo, con 5 fracciones por semana con 2 Gy/fracción, con dosis total de 50 Gy y sobre la cadena mamaria interna mediante un campo anterior directo normalizando el 90% de la dosis a 3 cm de profundidad con idéntico fraccionamiento y con dosis total de 50 Gy. En enero de 1994 aparece una zona de fibrosis en la región parasternal izquierda que se atribuyó a una radiofibrosis tardía. Dos años más tarde la lesión presentaba un crecimiento discreto y producía molestias locales dolorosas. En la radiología de tórax se observaba osteólisis del tercio medio esternal que se confirmó por tomografía com-