

Aspiración transbronquial con aguja guiada por ultrasonido endobronquial (EBUS-TNBA) de ganglios linfáticos (GL) en pacientes con cáncer de pulmón con mediastino normal por radiología (TC) y por tomografía de emisión de positrones (PET)



Artículo original

Felix J. F. Herth, Ralf Eberhardt, Mark Krasnik and Armin Ernst. **Endobronchial Ultrasound-Guided Transbronchial Needle Aspiration of Lymph Nodes in the Radiologically and Positron Emission Tomography-Normal Mediastinum in Patients With Lung Cancer***. Chest 2008;133:887-891; Prepublished online February 8, 2008; DOI 10.1378/chest.07-2535

Introducción

EBUS-TBNA es confiable para tomar muestras de GL aumentados de tamaño (evidenciados por TC o PET) en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC). El propósito de este estudio fue determinar el resultado de la toma de muestra de GL mediante EBUS-TBNA en pacientes con NSCLC sin evidencia de alteraciones mediastinales por TC y PET.

Pacientes y Métodos

Se les realizó EBUS-TBNA a pacientes con alta sospecha de NSCLC sin evidencia de GL > 1 cm por TC y PET. Se aspiraron los GL identificables de los grupos 2r, 2L, 4r, 4L, 7 10r, 10L 11r, 11R. A todos los pacientes se les realizó posteriormente la estadificación quirúrgica. Se compararon los resultados anatómo-patológicos basados en la aspiración con los diagnósticos quirúrgicos.

Resultados

De los 1217 pacientes evaluados, 100 cumplían con los criterios de inclusión y fueron operados. Luego de la cirugía a 97 se les confirmó el diagnóstico de NSCLC (media 52,9 años; 57 hombres) y se incluyeron para el análisis. En este grupo se habían tomado muestras mediante EBUS-TBNA de 156 GL de entre 5 y 10 mm de diámetro. A pesar de PET y TC negativos se hallaron GL metastásicos en ocho pacientes (8,25%). El estadio cambió desde N0 a N3 en un paciente, a N2 en cinco pacientes y a N1 en dos pacientes. Luego de la cirugía con resección completa de GL (11% mediastinoscopia y 89% toracotomía) se hallaron ganglios po-

sitivos en un paciente adicional (N1). De los nueve pacientes con metástasis ganglionares 8 presentaron adenocarcinoma y uno carcinoma escamoso. Todos los GL donde se detectó malignidad eran > 1,5 cm.

La sensibilidad, especificidad y valor predictivo del EBUS-TBNA para detectar malignidad fue del 89%, 100% y 99%, respectivamente.

Conclusiones

En este estudio se evidenció que el uso de EBUS-TBNA es muy preciso en estos pacientes, donde la presencia de un 9% de metástasis en GL mediastinales es similar a los hallazgos quirúrgicos en pacientes con resultados negativos en mediastino por TC (9–11% en tumores T1), poniendo de manifiesto que la estadificación clínica basada exclusivamente en imágenes puede ser poco confiable. Los hallazgos de este trabajo sugieren que el EBUS-TBNA debería ser considerado en la estadificación preoperatoria en pacientes con y sin patología mediastinal por TC y PET, y que podría elegirse como procedimiento de elección ya que es bien tolerado y acarrea mínimas complicaciones en relación a otros procedimientos.

Comentarios de los Editores

La estadificación en pacientes con mediastino negativo por imágenes es todavía controvertida⁽¹⁾. En este estudio no queda claro si el análisis fue calculado por paciente o por ganglio. El cálculo por ganglio podría elevar artificialmente todas las medidas de rendimiento del test y ser inapropiado ya que nosotros tratamos pacientes y no GL individuales. Es obvio que los pacientes de más riesgo son los pacientes con adenocarcinoma y con tumores > 2 cm⁽²⁾. Desafortunadamente no se provee la media del tamaño de los nódulos que tuvieron mediastino positivo pese a imágenes negativas. La incidencia de nódulos N2 positivos (6%) es ligeramente superior a la reportada en otras series (3%) en pacientes con hallazgos negativos en TC y PET⁽³⁾. Sin embargo es realmente baja.

Si este 6% es suficientemente alto para justificar la realización de esta prueba sobre todos los pacientes es materia de juicio, fundamentalmente debido a que todos los pacientes fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos. Creemos que la tasa de ganglios linfáticos mediastinales implicados es bastante baja y que la estadificación invasiva de cualquier clase es difícil de justificar en esta cohorte de pacientes. Pensamos que la recomendación de estudiar el mediastino solamente en pacientes con imágenes sospechosas o con tumores > 3 cm, centrales o adenocarcinomas, sigue siendo una estrategia prudente.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Leyn P, Vansteenkiste J, Cuyppers P, Deneffe G, Van Raemdonck D, Coosemans W, Verschakelen J, Lerut T. Role of cervical mediastinoscopy in staging of non-small cell lung cancer without enlarged mediastinal lymph nodes on CT scan. *Eur J Cardiothorac Surg*. 1997 Nov;12(5):706-12.
2. Lyons G, Quadrelli S, Silva C, Vera K, Iotti A, Venditti J, Chertcoff J, Chimondeguy D. Analysis of survival in 400 surgically resected non-small cell lung carcinomas: towards a redefinition of the T factor. *J Thorac Oncol*. 2008 Sep;3(9):989-93.
3. Meyers BF, Haddad F, Siegel BA, et al. Cost-effectiveness of routine mediastinoscopy in computed tomography- and positron emission tomography-screened patients with stage I lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006; 131:822–829
4. Dettterbeck F, Jantz M, Wallace M, et al. Invasive mediastinal staging of lung cancer: an ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). *Chest* 2007; 132(suppl): 202S–220S