

CASO CLÍNICO

Broncoscopia
intervencionista
con broncoscopio
de un solo uso

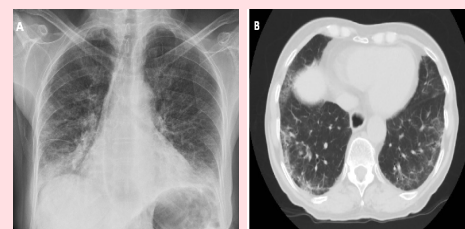
CRIOBIOPSIA TRANSBRONQUIAL

MIGUEL ÁNGEL ARIZA PROTA

Neumólogo Intervencionista Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

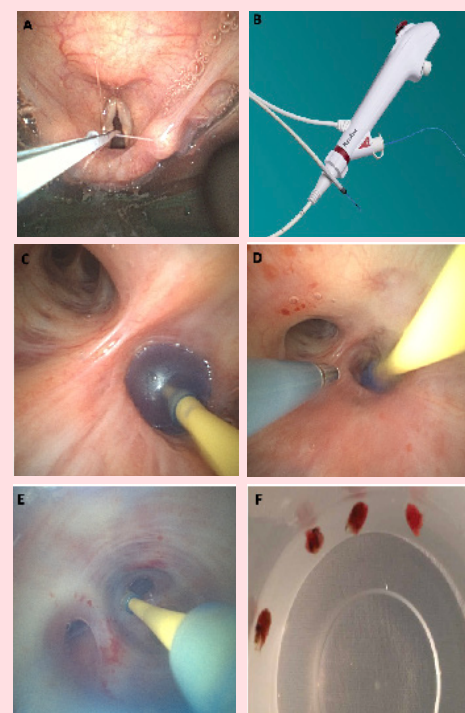
HISTORIA DE LA PACIENTE

Mujer de 69 años de edad, no fumadora, diagnosticada en el año 2019 de Esclerodermia con afectación cutánea en tratamiento con Micofenolato y corticoides, consultó por tos seca y aumento de su disnea habitual de dos meses de evolución. A la auscultación pulmonar presentó crepitantes bilaterales de predominio en ambas bases pulmonares. La Rx de tórax mostró un patrón intersticial reticular bilateral periférico de predominio en lóbulos inferiores (Fig. 1A). Se solicitó una tomografía axial computarizada de tórax de alta resolución (TACAR), la cual mostró un patrón intersticial subpleural en campos medios y ambas bases pulmonares de localización periférica (Fig.1B). En el contexto del estudio del patrón intersticial pulmonar, se programó para la realización de criobiopsias transbronquiales de lóbulo inferior derecho (LID).



PROCEDIMIENTO

El procedimiento se realizó en nuestra sala de broncoscopia bajo anestesia general y con mascarilla laríngea (Ambu® AuraGain™ #4). Se instiló anestesia local con lidocaína en cuerdas vocales (Fig. 2A) y en vía aérea inferior a través de un catéter (Perifix-Braun Medical) introducido en el canal de trabajo del broncoscopio ([Ambu® a Scope™ 5 Broncho HD 5.6/2.8](#)) (Fig.2B). Una vez localizados los segmentos del LID donde se realizarían las criobiopsias, colocamos un balón de oclusión de 5Fr (Arndt Endobronchial Blocker Set, Cook Medical), y comprobamos su correcto funcionamiento y posicionamiento previo a su fijación (Fig.2C). La criosonda flexible de 1.7 mm de diámetro (Erbecryo 20402-410, Germany) fue introducida en el canal de trabajo del broncoscopio y avanzada hasta el segmento deseado (Fig.2D); cuando no se pudo avanzar más, se retiró 1.5 cm y se procedió a presionar el pedal de Erbecryo durante 4 segundos extrayéndose la muestra junto con el broncoscopio para su descongelación y posterior procesamiento. Una vez obtenida la criobiopsia se introdujo rápidamente el broncoscopio y se confirmó la correcta oclusión del bronquio, pudiendo visualizar a través de este la zona distal donde se realizó la criobiopsia, descartándose sangrado (Fig. 2E). Realizamos un total de 4 criobiopsias (Fig.2F) durante el procedimiento sin complicaciones.



RESULTADOS

Los hallazgos histopatológicos mostraron zonas de fibrosis evolucionada asociadas a un patrón sugestivo de neumonía intersticial no específica (NINE), sugiriendo el diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial asociada a esclerosis sistémica (EPI-ES).

CONCLUSIÓN

La criobiopsia transbronquial pulmonar es uno de los procedimientos más exigentes para un broncoscopio. La sensibilidad que el broncoscopista percibe a través del broncoscopio es crucial en el momento de la toma de las muestras. La visión endoscópica debe ser clara y nítida durante todo el procedimiento. En muchas ocasiones debemos realizar las criobiopsias en los lóbulos superiores, necesitando por tanto un broncoscopio ligero que nos permita realizar ángulos desafiantes para la correcta colocación del balón de oclusión y posterior introducción de la criosonda. Una de las cosas que nos llamó la atención es que este broncoscopio no se rectifica cuando se introduce la criosonda; tiene la capacidad de mantener la angulación deseada en todo momento permitiéndonos realizar el procedimiento con mayor rapidez y menos dificultad. En el momento de realizar las criobiopsias, como broncoscopistas, necesitamos estar en la mejor y más cómoda posición posible; una de las muchas ventajas del nuevo broncoscopio Ambu es su anillo de rotación, este sistema nos ayudó a acceder a zonas casi inaccesibles, facilitándonos la inserción de la criosonda para la correcta y segura toma de muestras.