

Material de aspirado pulmonar por biopsia por punción aspiración (BIPA). Emplear hasta la última gota de la muestra

Pulmonary material aspirated by puncture aspiration biopsy. Use up to the last drop of the sample

Sr. Editor:

En nuestra práctica clínica se evaluó el caso de un varón de 70 años de edad con disfagia, disfonía y pérdida marcada de peso de tres meses de evolución. No era fumador. Al examen clínico lucía pálido, decaído y notoriamente adelgazado con IMC en 17 kg/m². El murmullo vesicular estaba disminuido en la base del hemitórax izquierdo. Perfil de coagulación normal y marcador tumoral Cyfra-21 negativo. La tomografía axial computarizada del tórax mostró lesión de aspecto tumoral redondeada de 8,5 x 13,5 cm, localizada periféricamente en el lóbulo inferior izquierdo y ganglios mediastinales en la ventana aorto-pulmonar, zona pre traqueal y pre carinal de 1,5 cm de diámetro. Con la finalidad de establecer el diagnóstico patológico se indicó biopsia por punción aspiración (BIPA) de la lesión, guiada por tomografía axial computarizada (1-4). El paciente y la familia autorizaron el procedimiento porque sin los resultados no era posible activar administrativamente el seguro oncológico.

El procedimiento se realizó en la sala de tomografía bajo anestesia local con lidocaína local al 2% sin epinefrina y una aguja de punción lumbar N° 18. La aguja fue ubicada adecuadamente en la zona central de la lesión (Figura 1) y se aspiró material sanguinolento de aproximadamente 3 ml. Se preparó el frotis en 20 láminas que fueron enviadas a patología para la lectura respectiva. Al considerar el compromiso general del

paciente y al tener certeza de una buena muestra se retiró la aguja y se terminó el procedimiento. El corte axial en espiración forzada post punción no documentó neumotórax. El paciente fue enviado a su habitación.

El material de aspirado fue revisado de inmediato por la patóloga responsable (Y.S.). Los extendidos de las 20 láminas mostraron sangre con muestra insuficiente para establecer un diagnóstico (Figura 2). La patóloga propuso repetir el procedimiento para obtener una nueva muestra. En estas circunstancias, dado que el paciente había regresado a su habitación y no era deseable exponerlo por segunda vez a un procedimiento invasivo, se solicitó al personal técnico no descartar el material utilizado para la BIPA.



Figura 1. Aguja de punción dentro de la lesión pulmonar.

1 Clínica Anglo Americana. Lima, Perú.

2 Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

a Médico Neumólogo;

b Profesor Principal ;

c Médico Patólogo

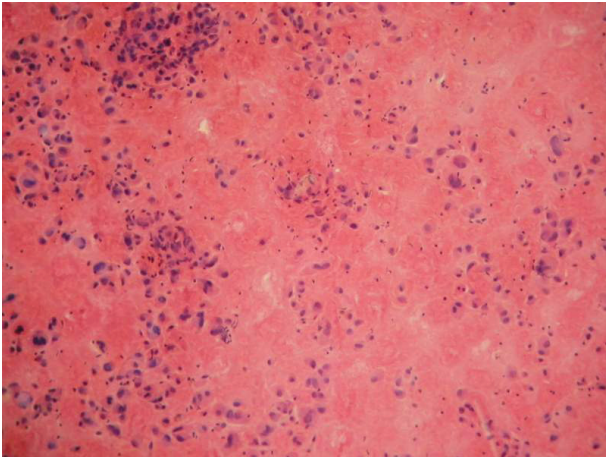


Figura 2. Material de aspirado primera muestra.



Figura 3. Material de segunda muestra.

Se tomó muestra de la superficie del émbolo de la jeringa y un pequeño coágulo de la empuñadura de la aguja de punción. El material fue extendido en 10 láminas adicionales. Con este material se identificó gran cantidad de células neoplásicas malignas (Figura 3). El estudio de inmunohistoquímica del bloque de células fue TTF1 positivo. La aglutinación de las células y ulterior adherencia al émbolo explican los resultados obtenidos.

Lección aprendida: siempre emplear hasta la última gota de una muestra.

Jorge Rey de Castro^{1,a; 2,b}, **Yolanda Scavino**^{1,c}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khankan AA, Al-Muaikeel M. Image-guided percutaneous transthoracic biopsy in lung cancer—emphasis on CT-guided technique. *J Infect Public Health*. 2012; 5(Suppl 1):S22-30. doi: 10.1016/j.jiph.2012.09.001.
2. Lal H, Neyaz Z, Nath A, Borah S. CT-guided percutaneous biopsy of intrathoracic lesions. *Korean J Radiol*. 2012; 13(2):210-26. doi: 10.3348/kjr.2012.13.2.210.
3. Wu CC, Maher MM, Shepard JA. CT-guided percutaneous needle biopsy of the chest: preprocedural evaluation and technique. *AJR Am J Roentgenol*. 2011; 196(5):511-4. doi: 10.2214/AJR.10.4657.
4. Mfokazi A, Wright CA, Louw M, Von Groote-Bidlingmaier F, Schubert PT, Koegelenberg CF, Diacon AH. Direct comparison of liquid-based and smear-based cytology with and without rapid on-site evaluation for fine needle aspirates of thoracic tumors. *Diagn Cytopathol*. 2016; 44(5):363-8. doi: 10.1002/dc.23447.

Recibido: 20/02/2017