



mayor número de pacientes (quizá buscando grupos homogéneos a través de estratificaciones por variables de interés a priori como edad, sexo, comorbilidad, etc.) e intenten minimizar aquellos factores asociados a la técnica de medición que influyen en su variabilidad.

La validez de las técnicas isotópicas en la predicción de la pérdida de funcionalismo pulmonar tras una neumonectomía es aceptada universalmente. En las conclusiones del trabajo simplemente afirmamos que a pesar del escaso número de pacientes y de la dispersión de alguno de los datos encontramos esta técnica fiable en nuestro medio.

J.M. Izquierdo

Sevicio de Cirugía Torácica.
Hospital de Cruces. Baracaldo.
Vizcaya.

1. Chinn S. The assessment of methods of measurement. *Statistics in Medicine* 1990; 9: 351-362.
2. Daniel WW. *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences*. Singapore: John Wiley & Sons, 1991.
3. Kramer FS, Feinstein AR. Clinical Biostatistics LIV. The biostatistics of concordance. *Clin Pharmacol Ther* 1981; 29: 111-123.

Síndrome nefrótico paraneoplásico y carcinoma broncogénico

Sr. Director: Después de leer con interés la Carta al director recientemente publicada en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA donde sus autores, Gullón et al¹, presentan 2 casos de síndrome nefrótico (SN) como manifestación inicial de un carcinoma broncogénico (CB), creemos que es necesario realizar unas breves puntualizaciones.

La primera conexión entre neoplasia y enfermedad renal manifestada como SN fue sugerida en 1922 por Galloway². Cuarenta años más tarde, Lee et al³ presentaban el primer estudio clínico-patológico donde claramente se recogía la asociación entre estas dos entidades. En dicho trabajo, de 101 pacientes adultos con SN seguidos durante 10 años, 11 (10,9%) presentaron alguna neoplasia maligna (en todos los casos se trató de carcinomas). La prevalencia actual de la enfermedad renal paraneoplásica es desconocida. Probablemente sea bastante baja, aunque sería mayor si se tuviera en cuenta la enfermedad subclínica⁴. A pesar de esta baja frecuencia en términos absolutos, la asociación de CB y SN no es poco habitual. De hecho, son los carcinomas de pulmón, junto con los de estómago, mama y colon, los que más frecuentemente se asocian a enfermedad glomerular paraneoplásica, principalmente a glomerulonefritis membranosa⁵.

La reunión de estas dos entidades, SN y cáncer, tiene otros aspectos de especial interés. En primer lugar, la lesión renal puede preceder en meses e incluso años al descubrimiento, hasta en las dos terceras partes de los

casos, de una neoplasia subyacente³. Por otra parte, el tratamiento exitoso del tumor puede conllevar la remisión del SN, siendo así que la reaparición de éste debe despertar la sospecha de una recidiva tumoral⁶.

Finalmente, como ya sugerían Lee et al³ en 1966, "cualquier paciente adulto con SN debe ser cuidadosa y repetidamente estudiado en búsqueda de una posible neoplasia oculta".

J.F. Navarro y C. Mora

Servicio de Nefrología.
Hospital Nuestra Señora de Candelaria.
Santa Cruz de Tenerife.

1. Gullón JA, Riesgo C, Rubinos G. Síndrome nefrótico paraneoplásico en carcinoma epidermoide de pulmón. *Arch Bronconeumol* 1996; 32: 52-53.
2. Galloway J. Remarks on Hodgkin's disease. *Br Med J* 1922; 2: 1.201.
3. Lee JR, Yamamuchi H, Hopper J Jr. The association of cancer and nephrotic syndrome. *Ann Intern Med* 1966; 64: 41-51.
4. Davison AM, Thomson D. Malignancy-associated glomerular disease. En: Cameron JS, Davison AM, Grünfeld JP, Kerr D, Ritz E, eds. *Nueva York: Oxford Textbook of Clinical Nephrology*. Oxford University Press, 1992; 475-486.
5. Adler SG, Cohen AH, Glassock RJ. Secondary glomerular diseases. En: Brenner BM, ed. *The Kidney*. Filadelfia: Saunders, 1996; 1.498-1.596.
6. Glassock RJ. Secondary membranous glomerulonephritis. *Nephrol Dial Transplant* 1992; 7 (Supl 1): 64-71.

Réplica

Sr. Director: Hemos leído con sumo agrado e interés las puntualizaciones realizadas por Navarro et al a nuestra carta "Síndrome nefrótico paraneoplásico en carcinoma epidermoide de pulmón" publicada en su revista. En primer lugar queremos resaltar que dichas matizaciones nos parecen correctas y adecuadas, no obstante nuestra intención original era reflejar lo poco frecuente que es la asociación entre síndrome nefrótico (SN) clínico y carcinoma broncogénico (CB). Dicha asociación sería aún menos habitual en el caso del CB epidermoide¹, ya que la estirpe histológica más vinculada es el carcinoma anaplásico de célula pequeña¹⁻³. Estamos plenamente de acuerdo en que la relación entre ambas entidades sería más habitual si se considerase la enfermedad subclínica.

Por otra parte los carcinomas que más frecuentemente se asocian con glomerulonefritis paraneoplásica son los de pulmón, estómago y colon, pero en diversas series se refleja que la presencia de síndrome nefrótico es más habitual en el caso de enfermedad de Hodgkin⁴⁻⁶. Coincidimos con Navarro et al. como ya se refleja en nuestra carta, en que es posible la

remisión del SN con tratamiento adecuado, así como en la necesidad de despistar la presencia de neoplasia subyacente ante un SN de etiología no clara.

J.A. Gullón, G. Rubinos y C. Riesgo

Servicio de Neumología.
Hospital Covadonga
(Hospital Central de Asturias). Oviedo.

1. Loughridge LW, Lewis MG. Nephrotic syndrome in malignant disease of non-renal origin. *Lancet* 1971; 6: 256-259.
2. Boon ES, Vrij AA, Nieuwhof C, Van Noord JA, Zeppenfeldt E. Small cell lung cancer with paraneoplastic nephrotic syndrome. *Eur Respir J* 1994; 7: 1.192-1.193.
3. Higgins MR, Randall RS, Still JWS. Nephrotic syndrome with oat cell carcinoma. *Br Med J* 1974; 3: 450-451.
4. Gagliano RG, Costanzi JJ, Beathard GA, Sarles HE, Bell JA. The nephrotic syndrome associated with neoplasia: an unusual paraneoplastic syndrome. *Am J Med* 1976; 60: 1.027-1.029.
5. Fer MF, McKinney TD, Richardson RL, Hande KR, Oldham RK, Greco FA. Cancer and kidney: renal complications of neoplasms. *Am J Med* 1981; 71: 704-718.
6. Ellison MF, Gomella L, Cameron RB. Urological problems and emergencies. En: Cameron RB, ed. *Practical Oncology*. Prentice: Hall International Inc., 1994; 60-64.

Sarcoidosis con derrame pleural bilateral y afectación endobronquial. Presentación de un caso

Sr. Director: La sarcoidosis pleural se considera un hecho infrecuente^{1,2}. El derrame pleural es la manifestación más común y se detecta en un 30% de los casos³; ya que, aunque la pleura parece verse afectada por granulomas hasta en un 5%, la presencia de derrame o manifestaciones clínicas es menos común⁴. El derrame pleural sarcoideo (DPS) puede tener características de exudado o trasudado, acontece con más frecuencia durante los estadios 2 y 3 de la enfermedad y suele evolucionar satisfactoriamente con tratamiento esteroide⁵. La afectación bilateral sólo ocurre en un tercio de los casos. A continuación presentamos un caso de sarcoidosis que tuvo su inicio con un derrame pleural bilateral acompañado de afectación ganglionar hilio-mediastínica importante y endobronquial. Se documentó el origen sarcoideo del derrame mediante biopsia pleural ciega y por videotoroscopia.

Varón de 63 años sin antecedentes de interés que consultó por un cuadro constitucional de 2 meses de evolución, tos y disnea progresiva. El examen físico reveló escasos crepitantes en zona posterobasal izquierda y un soplo sistólico II/VI en ápex. El hemograma, bioquímica general, sedimento urinario y estudio de coagulación eran normales, salvo una fosfatasa alcalina de 355 U/l y una GGT de 67 U/l. Los gases basales mostraban una PaO₂ de 75 mmHg y una PaCO₂ de 31 mmHg y la espirometría forzada

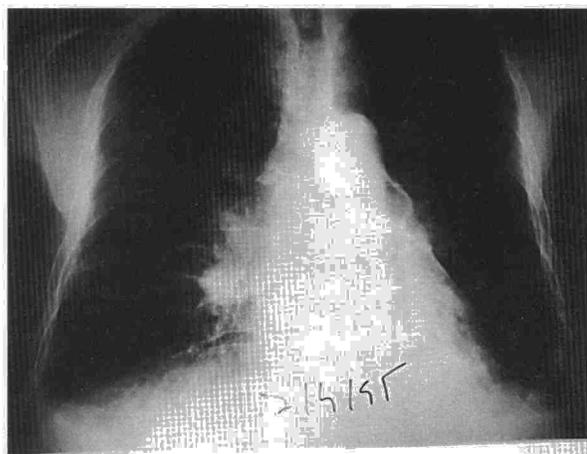


Fig. 1. Radiografía de tórax: se observan adenopatías biliares de gran tamaño y en ventana aortopulmonar, así como derrame pleural bilateral.

una FVC de 2.630 l (72%), FEV₁ 1.700 l (59%) y FEV₁% 65. El Mantoux era de 4 mm. La radiografía de tórax se muestra en la figura 1. La toracocentesis obtuvo un líquido serofibrinoso con características de exudado mononuclear y ADA de 21 U/l. Los estudios microbiológicos y la citología fueron negativos. La broncoscopia mostró una mucosa difusamente engrosada y de aspecto infiltrativo. Las biopsias bronquiales encontraron "granulomas epitelioides". El resto de estudios en BAS y cepillados fueron negativos, incluyendo cultivos en medio de Löwenstein (LW) y búsqueda de células neoplásicas. Se realizó biopsia pleural ciega que evidenció "granulomas epitelioides sin BAAR". El resto de estudios fueron negativos. Con la sospecha de DPS se practicó videotoracoscopia que descubrió una pleura de aspecto inflamatorio; las biopsias fueron informadas como "múltiples granulomas epitelioides de tipo sarcoide con Ziehl negativo". Tras confirmar el diagnóstico se comenzó tratamiento con prednisona (1 mg/kg/día). A los 5 meses el paciente estaba asintomático, con notable mejoría gasométrica (PaO₂ 96 mmHg, PaCO₂ 33 mmHg) y funcional (FVC 93%, FEV₁ 81%). El derrame y la afectación mediastínica habían disminuido. Sigue actualmente con 20 mg/día de prednisona.

El DPS es poco habitual, hasta 1981 sólo existían 52 casos demostrados histológica-

mente en la bibliografía⁵. En una revisión reciente, Soskel y Sharma² afirman que el DPS no tiene un patrón específico de presentación. Como en este caso, puede aparecer como la primera manifestación de la enfermedad, aunque suele descubrirse en estadios más avanzados⁴. La clínica es inespecífica, manifestándose como un proceso agudo o ser asintomático. Suele ser unilateral y de moderada cuantía, pero hay casos bilaterales y masivos. Habitualmente, es un exudado serofibrinoso o turbio (serohemorrágico en un 20%) con predominio linfocitario, glucosa y pH dentro de la normalidad. Un 30% tienen características de trasudado⁸ y se han descrito quilotorax⁶. El diagnóstico se basa en la demostración de los típicos granulomas no caseificantes en la biopsia pleural (ciega o por toracoscopia), tras descartar, adecuadamente, la presencia de micobacterias y hongos. También debe excluirse patología neoplásica o reumatológica³.

Se desconoce si es una consecuencia inmunológica local del proceso inflamatorio sarcoide. Natali et al⁷ han demostrado que las

subpoblaciones linfocitarias en el líquido pleural son muy similares a las encontradas en el lavado broncoalveolar de estos pacientes (linfocitosis T helper), sugiriendo una respuesta inmune común.

Puede resolverse espontáneamente, pero habitualmente precisa tratamiento esteroide. La respuesta es favorable en la mayoría de los casos, como ocurrió en el paciente. No tiende a recurrir² e incluso se ha sugerido que puede asociarse a un curso relativamente benigno de la enfermedad³.

**J. Hernández Borge, N. Peña Griñán
y F. Campos Rodríguez**

Sección de Neumología.

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

1. Beekman JF, Zimmet SM, Chun BK. Spectrum of pleural involvement in sarcoidosis. *Arch Intern Med* 1973; 136: 323-330.
2. Soskel NT, Sharma OP. Pleural involvement in sarcoidosis: case presentation and review of literature. *Sem Respir Med* 1992; 13: 492-514.
3. Tommasini A, Di Vittorio G, Facchinetti F, Festi G, Schito V, Cipriani A. Pleural effusion in sarcoidosis: a case report. *Sarcoidosis* 1994; 11 (2): 138-140.
4. Sahn SA. The pleura. *Am Rev Respir Dis* 1988; 138: 184-234.
5. Fité E, Sendra A, Obrador A, Oriol J, Ruiz J, Morena J. Sarcoidosis pleural: descripción de 5 casos. *Med Clin (Barc)* 1981; 76: 103-108.
6. Parker JM, Torrington RG, Phillips YY. Sarcoidosis complicated by chylotorax. *South Med J* 1994; 87 (8): 860-862.
7. Natali F, Heyraud JD, Vaylet F. Pleurisy and sarcoidosis. *Rev Pneumol Clin* 1988; 44: 18-23.
8. Rockoff SD, Rohatgi PK. Unusual manifestations of thoracic sarcoidosis. *Am J Rev* 1985; 144: 513-528.

Premios SEPAR "Archivos Bronconeumología" 1995-1996

1.º Premio 300.000 ptas.

Correlación de la sensibilidad del estudio etiogenético y citológico con los hallazgos toracoscópicos en el estudio de derrames pleurales malignos.

R. Vázquez Oliva, F. Rodríguez Panadero, M.V. Sanmartín Díez, A. González de Castro. Hospital Virgen del Rocío y Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

1.º Accésit 100.000 ptas.

Relación del flujo espiratorio máximo con la exploración clínica y la gasometría arterial en la valoración de gravedad de la crisis asmática.

C. León Fábregas, A. de Diego Damiá, M. Martínez Francés, P. Cordero Rodríguez, M. Perpiñá Tordera. Hospital La Fe. Valencia.

2.º Accésit 100.000 ptas.

Seguimiento clínico y por medios de imagen a largo plazo de los filtros de vena cava inferior. Estudio transversal.

M.A. de Gregorio, E.R. Alfonso, A. Mainar, J.A. Fernández, I. Ariño, P. Rubio, J. Medraño, J.L. Villavieja. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. Hospital del INSA-LUD. Soria, y Hospital Virgen del Pino. Las Palmas.

3.º Accésit 100.000 ptas.

Estudio fonográfico de las sibilancias espiratorias en el asmático.

A. Bueso, R. Irigaray, P.V. Romero. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

4.º Accésit 100.000 ptas.

Relajantes musculares en el estudio morfométrico de los músculos respiratorios en seres humanos.

M.C. Aguar, J. Gea, M. Orozco-Levi, J. Corominas, M. Pastó, J.M. Broquetas. Hospital del Mar y IMIN. Barcelona.

LASER'96

Palacio de Convenciones de La Habana, La Habana (Cuba). 25-29 de noviembre de 1996.

VIII Congreso Latinoamericano de Láser en Medicina y Cirugía

I Encuentro Ibero-Latinoamericano de Láser en Medicina y Cirugía

Seminario X años de experiencia de las aplicaciones de Láser en Medicina y Cirugía en Cuba

Secretaría: Palacio de Convenciones de La Habana. Avenida 146, entre 11 y 13. Cubanacán Playa. Apartado Postal 16046. La Habana (Cuba). Fax: (537) 21 949622 8382.

VATS'97

São Paulo (Brasil), 24-26 de mayo de 1997

IV International Symposium on Thoracoscopy and Video Assisted Thoracic Surgery

VI Congreso Sudamericano de Cirugía Torácica

X Congreso Brasileño de Cirugía Torácica

Secretaría: Rua Pinto Gonçalves, 53.

05005.010 São Paulo (Brazil).

Fax (5511) 864 46 73.

IE-Mail: STS ([rttp://www.sts.org](http://www.sts.org)).