

CARTAS AL DIRECTOR

Síndrome tóxico y asma

Sr. Director: La interesante revisión en su revista de P. Martín Escribano¹ sobre el síndrome tóxico (ST), nos ha despertado interés sobre el tema. Actualmente, las publicaciones acerca del ST escasean, como es de suponer. Recientemente hemos estudiado dos casos de asma, cuyos síntomas comenzaron desde su afectación por este síndrome. Dada la ausencia en la literatura del asma como complicación a largo plazo del ST, describimos los casos siguientes:

Caso 1: Varón de 60 años, fumador de 60 paquetes/año sin otros antecedentes de interés. En junio de 1982 se le diagnosticó de ST con afectación pulmonar preminente, insuficiencia respiratoria y patrón intersticial. La espirometría mostraba obstrucción moderada y DLCO baja. El cuadro mejoró parcialmente en 6 meses, siguiéndose de escasa afectación neurológica. A partir de 1982 comienza con disnea y sibilancias marcadas. En la radiografía de tórax se evidencia hipertensión pulmonar precapilar con ECG normal. En varias ocasiones se encuentra eosinofilia en el esputo y sangre, con cifras superiores a 600 cel/mm. La exploración pulmonar mostraba obstrucción leve, con test de broncodilatadores muy positivo, que posteriormente se ha agravado, apareciendo insuficiencia respiratoria. La DLCO se normalizó. El estudio inmunológico fue normal, diagnosticándose de asma bronquial intrínseca crónica.

Caso 2: Mujer de 52 años, sin antecedentes personales de interés hasta 1981 que padece ST con predominio de afectación pulmonar. Desde entonces padece cuadros de asma episódica sin relación estacional. En la analítica actual destaca una eosinofilia de 400 cel/mm. En la radiografía hay hiperinsuflación pulmonar, con ECG normal. Las pruebas respiratorias y la gasometría en las intercrisis son normales, incluyendo la DLCO. El test de metacolina fue positivo indicando hiperreactividad bronquial. El estudio inmunológico fue normal. Se le diagnosticó de asma bronquial intrínseca con evolución estacionaria.

La coincidencia de estas dos enfermedades podría ser casual, dada la gran frecuencia de ambas. La evolución a largo plazo de los enfermos afectados de ST arroja en la serie de Díaz de Atauri², alteración de la función pulmonar en el 50 % y disnea en el 60 %. En otros trabajos³, la disnea a los 4 años, disminuyó considerablemente hasta un 30 %. En un seguimiento de más de 500 pacientes durante 7 años⁴, la disnea era una queja frecuente. En ninguno de estos trabajos se especifica la existencia de asma en los pacientes. Se podría pensar pues que los múltiples mecanismos patogénicos pueden haber dejado un substrato de hiperreactividad bronquial crónica. Esto explicaría la aparición de asma en los dos casos expuestos y quizás en otros que aún no se han publicado.

J.M. González Ruiz, I. García Talavera y P. Rodríguez Bolado

Servicio de Neumología. Hospital La Paz. Madrid

1. Martín Escribano P, Díaz de Atauri M.J. Síndrome tóxico. Años después. Arch Bronconeumol 1989; 25: 143-146.

2. Díaz de Atauri MJ, Ramis Pedromingo MM, Martín Escribano P. Disnea en pacientes afectados por ingesta del aceite tóxico, ¿Origen psicossomático o secundario a alteración funcional pulmonar? Med Clin (Barc) 1986; 87: 523.

3. Rodríguez Barbero JS, San Miguel Hernández A, Morchón Collado LA, Galindo Villardon P. Resumen estadístico de la evolución clínica de un grupo de pacientes afectados por síndrome tóxico en la provincia de Palencia. Med Clin (Barc) 1986; 86: 434-435.

4. Instituto Nacional de la Salud. Programa de salud para el síndrome tóxico en Atención primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Julio 1986, Madrid.

Neumonitis por irradiación con afectación contralateral

Sr. Director: La neumonitis por irradiación es una patología inflamatoria reactiva que aparece, sólo en algunos pacientes, tras 6 semanas a 6 meses de una exposición torácica a la radioterapia. Esta neumonitis puede localizarse, no sólo en la zona irradiada, sino también en el pulmón contralateral. Describimos un caso de neumonitis bilateral en una mujer con carcinoma de mama izquierda.

Mujer de 59 años de edad que, sin antecedentes personales de interés, había sido diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda. Por negativa de la enferma a la amputación, se le practicó tumorectomía junto a vaciamiento ganglionar axilar seguido de un esquema de 6 ciclos de quimioterapia a base de ciclofosfamida, 5-fluor-uracilo y metotrexate y a los 2 meses de la intervención se añadió telecobaltoterapia a una dosis total de 50 Gy, fraccionada en 5 semanas y que abarcaba mama, axila y fosa supraclavicular izquierdas. A los 5 meses de finalizada la telecobaltoterapia presentó fiebre alta con dolor en costado izquierdo, acompañada de tos seca. En la exploración no había nada a destacar excepto la fiebre mantenida. Entre los datos analíticos, excepto VSG 117/123 mm a la primera hora, el resto de parámetros de bioquímica de rutina, hematimetría y enzimología fueron normales. Las baciloscopias y cultivos en medio de Lowenstein de repetidos esputos y broncoaspirado fueron negativos, así como los hemocultivos. La serología para *Legionella*, *Coxiella burnetii*, *Chlamydia* y *Mycoplasma pn.*, en dos muestras seriadas con cuatro semanas de intervalo, fue negativa. En la broncoscopia practicada no se observaron alteraciones; se obtuvo un líquido de lavado alveolar con 75 % de macrófagos, 13 % de linfocitos y 12 % polimorfonucleares; no se observaron células malignas. En la radiografía de tórax al ingreso se observó un infiltrado alveolar que tenía una pequeña zona de cavitación en su interior; y además había un pinzamiento del seno costofrénico izquierdo. En el control a los 2 meses se observó una extensión del infiltrado al lóbulo superior e inferior del pulmón derecho, sin modificación de la sintomatología y 9 meses después se normalizó la radiografía (fig. 1). La ecografía abdominal practicada fue normal, a excepción de

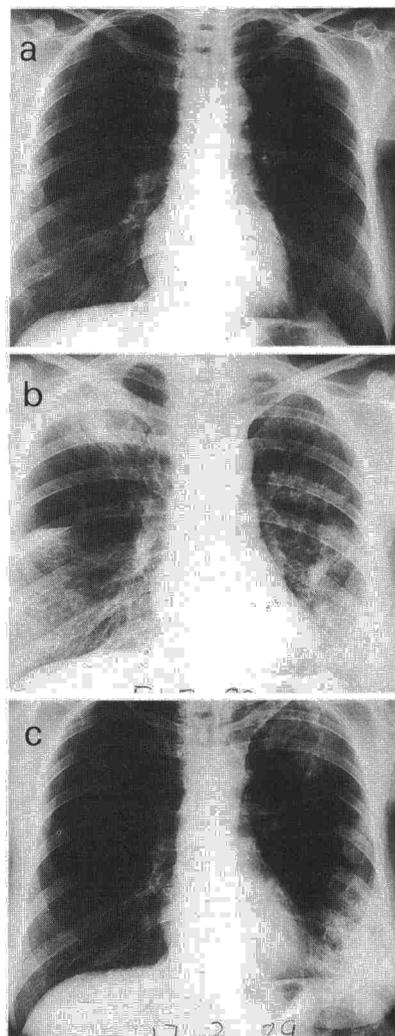


Fig. 1. a). Condensación alveolar con ligera pérdida de volumen situada en el lóbulo superior de pulmón izquierdo; b) Dos meses después se observa una extensión a lóbulos superior e inferior del pulmón derecho. c) Control a los 11 meses del ingreso, dentro de la normalidad.

colecistitis. La espirometría revelaba un patrón de restricción moderada, VC 2100 cc (64 %), VEMS 1900 cc (79 %), VEMS/VC 90 %. La gasometría arterial: PO₂ 64 mmHg, PCO₂ 36 mmHg, pH 7,46, bicarbonato 25 mEq/l. Durante su estancia en nuestra sección, la paciente recibió dos ciclos antibióticos de amplio espectro de forma empírica, a pesar de lo cual persistió la misma sintomatología que desapareció de forma espontánea a los dos meses y medio. El control espirométrico a los 11 meses y la prueba de la difusión (DLCO) a los 14 meses de su ingreso fueron normales.

La neumonitis por irradiación fue descrita por primera vez por Bergonie en 1898¹. Actualmente es bien conocido que dosis totales entre 20 y 60 Gy producen clínica de neumonitis sólo entre un 5 a 15 % de los casos y que ésta se presenta generalmente de 2 a 6 meses de finalizado el tratamiento. Aparte de los factores ya conocidos, como dosis total y su fraccionamiento, volumen irradiado, tipo de