



La detección de determinados procesos respiratorios a lo largo de estos nueve años parece similar a la esperada en la población general.

En conclusión, creemos que no existen datos que sustenten una mayor incidencia de hiperreactividad bronquial en los afectados del SAT. Se precisarían estudios más profundos y específicamente orientados para su demostración.

P. Martín Escribano y M.J. Díaz de Aauri.
Servicio de Neumología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

1. Martín Escribano P, Díaz de Aauri M, Gomez Sanchez MA. Estudio de la patología cardiopulmonar del síndrome del aceite tóxico en el momento actual. Proyecto de Investigación, 133/84. Plan Nacional Síndrome Tóxico.

2. Unidad de Neumología para el síndrome tóxico. Datos personales. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

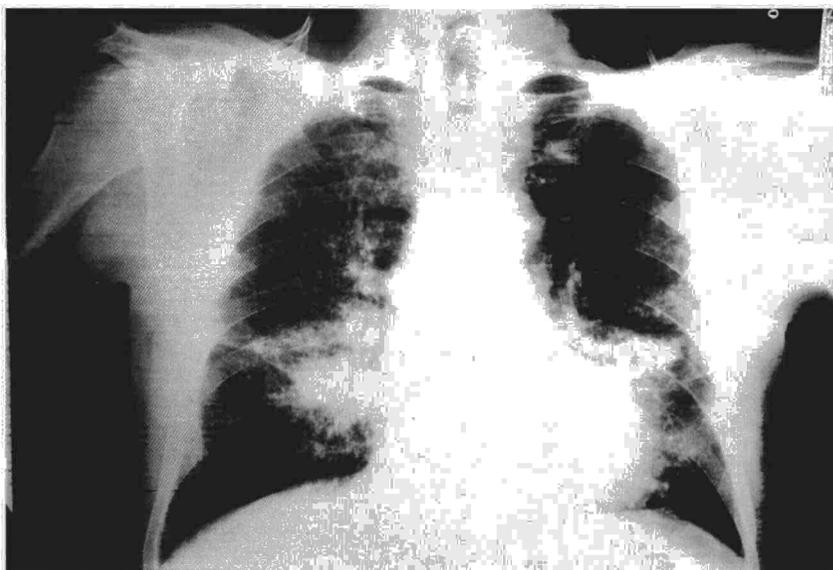


Fig. 1. Radiografía PA de tórax: patrón micronodular diseminado, bilateral.

Carcinoma bronquioloalveolar y tuberculosis pulmonar activa

Sr. Director: El carcinoma bronquioloalveolar (CBA) es una neoplasia pulmonar definida por Liebow en 1960, como un adenocarcinoma bien diferenciado, de localización periférica y que se propaga a través de las vías aéreas y linfáticas, sirviendo las paredes de los espacios aéreos distales como tejido de sostén para las células neoplásicas¹. Presentamos un paciente con CBA y tuberculosis pulmonar (TBC) activa concomitante.

Varón de 70 años, no fumador, de profesión agricultor-ganadero, y que sin antecedentes previos ingresa por referir desde hace 3 meses tos persistente con escasa expectoración, a veces hemoptoica, afectación del estado general y disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos. La exploración física sólo mostraba, aparte de la afectación general, una auscultación pulmonar con estertores crepitantes bibasales aislados y escasos roncus y sibilancias. Entre los datos complementarios encontramos: Hemograma normal. VSG 24 mm a 1ª hora. Bioquímica general normal, salvo fosfatasa alcalina 178 mU/ml (normal 20-94). Gasometría arterial: pH 7.4, pO₂ 59.9 (7.9 kPa), pCO₂ 34.2 (4.5 kPa), bicarbonato 22 mmol/L, saturación O₂ 91%. Rx tórax (fig. 1): nódulos diseminados, imprecisos y bilaterales, con tendencia a confluir y afectación cisural. Cultivo y baciloscopias de esputo espontáneo negativos. Realizamos broncoscopia que puso de manifiesto cuerdas vocales, tráquea y carina, árbol bronquial y divisiones normales. El resultado anatomopatológico de la biopsia transbronquial fué de adenocarcinoma bronquioloalveolar; en el aspirado bronquial aparecieron BAAR, identificados como *Mycobacterium tuberculosis* tras crecimiento en medio de Löwenstein. Iniciamos terapéutica con isoniazida (300 mg/día), rifampicina (600 mg/día) y etambutol (1200 mg/día), pero el paciente falleció mes y medio después a consecuencia de su proceso neoplásico subyacente,

tras haber recibido para éste último sólo tratamiento sintomático.

El CBA es el menos común de los cánceres pulmonares, representado el 1% y 9%^{2,3}. Como factores predisponentes para su desarrollo se ha considerado importante el padecer enfermedades pulmonares previas, tales como áreas cicatrizales parenquimatosas debidas a TBC, bronquiectasis ó fibrosis pulmonar⁴. La observación clínica presentada tiene la peculiaridad de mostrar, en un mismo paciente, un CBA y una TBC activa. Aunque la consideramos como una asociación casual, destacamos la dificultad diagnóstica que puede existir dada la semejanza de las manifestaciones clínicas y los signos radiológicos⁵. Es importante resaltar la rentabilidad de la fibrobroncopia en el diagnóstico de la TBC, cuando la baciloscopia en esputo espontáneo es negativa, como queda demostrado en otras publicaciones⁶.

J. Garrapiz*, R. Serrano Heranz y R. Aznar

Unidad de Neumología* y Servicio de Medicina Interna. Hospital de Barbastro. Huesca

1. Liebow AA. Bronchio-alveolar carcinoma. *Adv Inter Med* 1960; 10:329-358.
2. Knudson RJ, Hatch HB, Mitchell WT, Ochsner A. Unusual cancer of the lung. Bronchiolar carcinoma of the lung. *Dis Chest* 1965; 48:628-633.
3. Ludington LG, Verska JJ, Howard T, Kypridakis G, Brewer LA. Bronchiolar carcinoma (alveolar cell), another great imitator: a review of 41 cases. *Chest* 1972; 61:622-628.
4. Velilla Marco J, López-Galindo Peña MP, Pérez Trullen A, Alvarez Alegret R, Muñoz Fernández JR, Marín Trigo JM. Carcinoma bronquioloalveolar. *Arch Bronconeumol* 1987; 23:289-297.
5. Watters LC. Chronic alveolar filling disease. En: *Interstitial lung disease*. Schwarz MI,

King TE, eds Philadelphia BC Decker Inc, 1988; 239-291.

6. Vega Gómez A. Rentabilidad de la fibrobroncopia en la tuberculosis pulmonar. *Arch Bronconeumol* 1986; 22:111-115.

Tuberculosis endobronquial y fibrobroncopia

Sr. Director: Hemos leído con interés el trabajo de Caminero et al «Afectación endobronquial de la tuberculosis: una forma frecuente de presentación», publicado recientemente en su revista. En él se estudian las características de 10 pacientes con tuberculosis endobronquial y se destaca la frecuencia con que se encontró dicha afectación, ya que representó el 27,7% de los pacientes en que se practicó fibrobroncopia.

Revisamos nuestra casuística de 162 enfermos diagnosticados de tuberculosis pulmonar entre los años 1982-87², encontrando que se había realizado fibrobroncopia a 53 (32,72%) de ellos. La indicación fundamental para practicar la exploración fue el no haber establecido el diagnóstico por otros medios (90,57%) y, en menor medida, la sospecha de neoplasia (9,43%). Los hallazgos endoscópicos fueron los siguientes: signos inflamatorios difusos (35,85%), signos inflamatorios localizados (9,43%), compresión extrínseca (3,77%), infiltración (5,67%), ulceración (1,88%) y sin hallazgos (20,75%). En siete (13,21%) casos se realizaron biopsias bronquiales, resultando bronquitis inespecífica en tres, metaplasia escamosa en uno, carcinoma epidermoide en dos, necrosis caseosa en uno e infiltración linfocitaria en uno.

Nuestros datos coinciden con los de Caminero et al en cuanto al número de broncoscopias realizadas y a la indicación de las mismas, no obstante encontramos sólo un (1,89%) paciente con tuberculosis endobronquial a



diferencia del 27,7 % que encuentran los autores. Por otra parte, hallamos una mayor frecuencia de alteraciones inespecíficas (metaplasia escamosa y bronquitis inespecífica) y dos casos de carcinoma epidermoide. En este sentido, la concomitancia de neoplasias y tuberculosis ha sido ampliamente señalada en la literatura³, probablemente en relación con la inmunodepresión propia de las enfermedades malignas que favorece la aparición de infecciones o la reactivación de otras latentes.

En nuestra experiencia por tanto, el hallazgo de tuberculosis endobronquial al realizar bronoscopias en pacientes con tuberculosis pulmonar es un hecho infrecuente. Destacamos sin embargo, como otros autores^{4,5}, la utilidad de la fibrobroncoscopia en el diagnóstico de la tuberculosis con baciloscopia de esputo previamente negativa y cuando existe la sospecha de coexistencia de otras enfermedades, principalmente carcinoma de pulmón.

M. Cabañes Argudo y J. Franco Serrano

Servicio de Medicina Interna
Hospital Arnau de Vilanova
Valencia

1. Caminero Luna JA, Rodríguez de Castro F, González García A, Fernández Sánchez JM, Juliá Sardá G, Cabrera Navarro P. Afección endobronquial de la tuberculosis. Una forma frecuente de presentación. *Arch Bronconeumol* 1990; 26:23-27.

2. Cabañes Argudo M, Villar Grimalt A, Bellver Solaz V, Lloret Caballeria A. La tuberculosis en un servicio de Medicina Interna de un hospital de área. *An Med Int* 1990; 7:13-17.

3. Marco Jordán L, Labayen Berdonces J, Tellez Justes P, Furest Carrasco I. Utilidad de la fibrobroncoscopia en el diagnóstico rápido de la tuberculosis. *Rev Clin Esp* 1988; 182:34-35.

4. De Vega Gomez A. Rentabilidad de la fibrobroncoscopia en la tuberculosis pulmonar. *Arch Bronconeumol* 1986; 22:111-114.

5. Hernández Flix S, Castella J, Puzo MC, Ausina V, Mayos M, Cornudella R. El broncoaspirado en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar. *Rev Clin Esp* 1988; 183:309-310.

Bronquiolitis obliterante con neumonía organizativa y reflujo gastroesofágico

Sr. Director: Hemos leído con interés el artículo recientemente publicado en su revista¹ en el que se comunica un caso de bronquiolitis obliterante con neumonía organizativa focal (BONOF) en una paciente que además presentaba una anemia de patrón ferropénico. Recientemente hemos tenido ocasión de tratar en nuestro Servicio un paciente de 54 años, con antecedentes de tabaquismo y exposición profesional prolongada a vapores de cobre, ácido clorhídrico y sosa que desarrolló un cuadro clínico, radiológico e histológico de BONOF, diagnosticado mediante biopsia pulmonar a cielo abierto. Se

practicó un estudio de sangre oculta en heces que resultó positivo y mediante radiografía con bario y esofagogastroscoopia se apreció la existencia de una hernia de hiato, con importante reflujo gastroesofágico, que había permanecido silente desde el punto de vista clínico. El paciente fue puesto en tratamiento con prednisona (1 mg/kg) y terapia anti-reflujo, con lo que en la actualidad se encuentra asintomático.

El espectro etiológico de la BONOF es amplio e incluso se ha relacionado con enfermedades inflamatorias del tracto digestivo² y reflujo gastroesofágico (RGE)^{3,4}, habiéndose comunicado que el tratamiento específico contra el reflujo puede mejorar el cuadro pulmonar⁴. Creemos por tanto interesante descartar la existencia de RGE en todos los casos de BONOF, aun cuando no presenten sintomatología del mismo. En el caso referido¹, la presencia de anemia podría justificarse por las rectorragias, pero hubiera sido de interés descartar la existencia de un RGE subyacente.

J. Ferrando Vela, F. Civeira Murillo y J. Pérez Calvo

Servicio de Medicina Interna. Hospital General
Royo Vilanova. Zaragoza.

1. Lobo M, Pueyo A, Suarez FJ, Morales J, Aguirre MC, Conget FC. Bronquiolitis obliterante con neumonía organizativa. Descripción de un caso. *Arch Bronconeumol* 1990; 26:79-82.

2. Swinburn CR, Jackson GJ, Cobden I, Ashcroft T, Morrill GN, Corris PA. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia in a patient with ulcerative colitis. *Thorax* 1988; 43:735-736.

3. Gosink BB, Friedman PJ, Liebow AA. Bronchiolitis obliterans. Roentgenologic pathologic correlations. *Am J Roentgenol* 1973; 117:816-832.

4. Sadoun D, Valeyre D, Cargill J, Volter F, Amouroux J, Battesti JP. Bronchiolite obliterante avec pneumonie en voie d'organisation en apparence cryptogenetique. Mise en evidence d'un reflux gastro-oesophagien dans 5 cas. *Press Med* 1988; 17:2383-2385.

Derrame pleural eosinofílico de origen maligno

Sr. Director: El derrame pleural eosinofílico (DPE) se define por la presencia de una cifra superior al 10 % de eosinófilos en el líquido pleural^{1,2}, representando el 5-8 % del total de derrames pleurales exudativos³. La mayor parte de casos con DPE son secundarios a la presencia de aire o sangre en el espacio pleural. El 25-35 % de los DPE son etiquetados de "idiopáticos", los cuales se resuelven habitualmente de forma espontánea. Otras causas de DPE son la presencia de neumotórax, tromboembolismo pulmonar, contacto con asbesto, derrames paraneumónicos y parasitarios (hidatidosis, amebiasis, etc)¹⁻⁵. La presencia de eosinofilia en los derrames neoplásicos es excepcional, con cifras que oscilan alrededor del 5 % de los casos^{3,5}, siendo por ello interpretado de forma genéri-

ca como un signo de "benignidad"¹⁻⁵. A continuación presentamos un paciente con DPE secundario a metástasis pleural de un adenocarcinoma de origen indeterminado.

Paciente de 63 años fumador de 15 cig/d y sin contacto con asbesto. Un mes previo al ingreso inició dolor a nivel del muslo y cadera izquierda de características mecánicas, por lo que se inició tratamiento antiinflamatorio. Acudió a nuestro centro por presentar desde hacía 7 días un cuadro de tos y expectoración mucosa, con disnea progresiva. A la exploración física destacaba semiología de derrame pleural masivo derecho y dolor a la movilización activa y pasiva de la articulación coxofemoral izquierda. En el estudio hematológico y bioquímico destacaba: VSG 32 mm/h, leucocitos $13,4 \times 10^9/l$ (72S, 2C, 3E, 21L, 2M), fosfatasas alcalinas 289 U/l, y proteínas totales 59 g/l (albúmina 29,6, alfa-1 3,2, alfa-2 7,9 beta 8,7 y gammaglobulinas 9,4 g/l). La gasometría arterial (FiO_2 21 %) mostró: pH 7,38, pO_2 62 mmHg y pCO_2 41,1 mmHg. En la radiografía de tórax se observaba derrame pleural masivo derecho, sin otras alteraciones. El ECG fue normal. Con la primera toracocentesis se obtuvo un líquido cetrino, cuyas características citobioquímicas fueron las siguientes: glucosa 96 mg/100 ml, proteínas 40 g/l, LDH 573 U/l, células totales 9.700/mm³, con 1.600 leucocitos (72 % linfomononucleados, 15 % eosinófilos y 13 % polimorfonucleados) y 8.100 hematíes. La intradermorreacción con PPD (5 U) fue negativa. Con la tinción de Ziehl-Neelsen no se observaron bacilos ácido alcohol resistentes. La determinación de ADA del líquido pleural fue normal. El estudio citológico del líquido pleural era compatible con la existencia de un carcinoma y el informe anatomopatológico de la biopsia pleural confirmó la presencia de una infiltración pleural por un adenocarcinoma de origen no filiado. La fibrobroncoscopia no pudo realizarse por intolerancia del paciente. El TEGD, el enema opaco y la ecografía abdominal fueron normales. En la ecografía prostática se observaron dos focos de baja ecogenicidad, por lo que se realizó punción aspirativa de la zona, cuyo estudio citológico descartó la presencia de malignidad. La gammagrafía ósea evidenció un aumento patológico de la concentración del radiofármaco compatible con metástasis a nivel del iliaco y cavidad cotiloidea izquierda, pubis, rama isquiopubiana y sacroiliaca derecha, así como en sacro. El paciente fue trasladado a otro centro para iniciar tratamiento y pleurodesis, falleciendo a los 2 meses.

Existen circunstancias que pueden producir eosinofilia pleural en un derrame pleural neoplásico, por la entrada de aire en toracocentesis previas o en los derrames hemorrágicos^{3,5}, circunstancias que fueron excluidas en nuestro paciente. Cuando se estudia la incidencia de neoplasias que afectan a la pleura en los DPE existen resultados muy diferentes según se analicen trabajos como el de Adelman et al³ que revisan de forma retrospectiva 343 casos en los que únicamente existe un 8 % con neoplasias y el de Kuhn et al⁵ que incluye en su estudio prospectivo 22 pacientes de los cuales un 40 % presentan neoplasias. En ambos estudios, se obtienen por este motivo, cifras tan dispares de probabilidad estadística de que un DPE sea neo-