

Otro aspecto de nuestro estudio que critican es el diseño de la encuesta. Aceptamos que, como todas, la nuestra también es mejorable y que incluso es posible que hubiésemos mejorado los resultados aplicando alguna de sus soluciones, pero en lo que no estamos de acuerdo es que fuese compleja o difícil de responder, puesto que se podía completar en poco menos de 10 minutos.

Entendemos y apoyamos que Llor y Bayona reclamen el papel de los médicos de atención primaria en su formación continuada y les felicitamos por la publicación de las guías para el uso de antibióticos. No obstante, permítanos dudar de su vehemente aseveración de que son seguidas masivamente por los médicos de asistencia primaria. Es un hecho conocido que, en general, los médicos de asistencia primaria, tanto nacionales como internacionales, prestan poca atención a las guías y normativas publicadas por las diferentes Sociedades científicas. Las correspondientes a la EPOC no son una excepción<sup>2,5,6</sup>. Sin embargo, a tenor de la situación actual, la atención a los pacientes con EPOC por parte de los profesionales de atención primaria podría y debería mejorarse. Para ello es necesario que tanto la atención especializada como la primaria estrechen sus relaciones, y que sean capaces de consensuar pautas comunes de actuación. Pero su función no debería finalizar con los protocolos, sino que se deberían crear grupos de trabajo para comprobar su cumplimiento y para realizar evaluaciones periódicas de los mismos.

**J. Ruiz Manzano, P. Fernández-Martínez<sup>a</sup> y J. Morera**

Servicio de Neumología.  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.  
Badalona. Barcelona.  
<sup>a</sup>Centro de Atención Primaria  
Gran Vía. Barcelona.

1. Ruiz Manzano J, Fernández-Martínez P, Morera J, Prats MS, Rosell A, Andreo F. Infección y uso de antibióticos en la EPOC en atención primaria. Arch Bronconeumol 2000; 36: 326-333.
2. Miravittles M, Mayordomo C, Artés M, Sánchez-Agudo L, Nicolau F, Segú JL, on behalf of the EOLO Group. Treatment of chronic obstructive pulmonary disease and its exacerbations in general practice. Respir Med 1999; 93: 173-179.
3. Grupo DAFNE. Estudio farmacoeconómico del tratamiento antibiótico de las agudizaciones de la bronquitis crónica en atención primaria. Aten Primaria 2000; 25: 153-159.
4. Huchon GJ, Gialdroni-Grassi G, Léophonthe P, Manresa F, Schaberg T, Woodhead M. Initial antibiotic therapy for lower respiratory tract infection in the community: a European survey. Eur Respir J 1996; 9: 1590-1595.
5. Naberan Toña C. Encuesta de la actitud terapéutica y de control de los médicos generales de las ABS de Barcelona respecto a enfermedades obstructivas respiratorias. Aten Primaria 1994; 13: 112-116.
6. Kesten S, Chapman KR. Physician perceptions and management of COPD. Chest 1993; 104: 254-258.

## Tuberculosis osteoarticular en el hombro derecho

**Sr. Director:** La afección osteoarticular en la tuberculosis se presenta en el 1 al 5% de los casos. La localización vertebral es la más frecuente (60%), y en menos del 1% de los enfermos se afecta la región del hombro, siendo excepcional la localización en la escápula<sup>1</sup>.

Paciente de 71 años con artritis reumatoide desde la juventud. Había realizado quimioprofilaxis tuberculosa con isoniacida y, posteriormente, tratamiento antituberculoso (10 meses) 7 años antes por tuberculides papulonecroticas. Presentaba dolor e impotencia funcional en el hombro derecho desde hacía un año y anorexia, que se atribuyeron a la artritis reumatoide. En la exploración física presentaba un hábito asténico, estaba afebril y se apreciaban signos de degeneración articular en las manos y los pies, destacando de forma llamativa una gran tumefacción en el hombro derecho, con enrojecimiento local y fluctuación (fig. 1). En la analítica estaban alteradas la hemoglobina (10,70 g/dl) y la VSG (52 mm en la primera hora). La radiografía de tórax era normal, y los cultivos de esputo y orina para micobacterias resultaron negativos. La radiografía del hombro derecho evidenció un aumento del espacio articular y de partes blandas con tenues calcificaciones en su interior. También se apreciaba una destrucción del acromion, así como erosiones en la cortical de la cabeza del húmero. En la punción del absceso de partes blandas se obtuvieron 750 ml de un líquido purulento, que se cultivó para bacterias aerobias, anaerobias, hongos y micobacterias, aislándose únicamente *Mycobacterium tuberculosis*.

La afección osteoarticular puede ser la única manifestación de la enfermedad, y en un 50% de los casos se presenta de forma concomitante con afección pulmonar<sup>2</sup>. En el caso que describimos la enfermedad tuberculosa se localizaba exclusivamente en el hombro derecho. El primer síntoma suele ser el dolor nocturno local y, posteriormente, la pérdida de la función de la articulación glenohumeral. Existen dos formas de afección extraaxial: la ósea (16%) y la osteoarticular (84%). Esta última suele ser monoarticular, y radiológicamente pueden observarse lesiones líticas, osteopenia, destrucción articular y, algunas veces, esclerosis marginal, reacción perióstica<sup>3</sup> y tumor de partes blandas (absceso frío), como en el caso que presentamos. En el diagnóstico diferencial deben considerarse las artritis bacterianas y las metástasis óseas, ya que radiológicamente presentan lesiones líticas similares a las de la artritis tuberculosa. También debe tenerse en cuenta la artritis reumatoide cuando es de inicio monoarticular. El aislamiento de *M. tuberculosis* en el líquido sinovial o en los tejidos confirma el

diagnóstico. Dado que las manifestaciones clínicas y sistémicas son escasas e inespecíficas, el retraso diagnóstico suele ser considerable (2 años por término medio desde el comienzo de los síntomas)<sup>4</sup>. Por este motivo es importante un alto índice de sospecha clínica, ya que la recuperación funcional de la articulación depende de la precocidad de instauración del tratamiento<sup>5</sup>.

**I. Parra Parra, M.A. Remacha Esteras<sup>a</sup> y J.A. Herrera Rubio<sup>b</sup>**

Servicios de Neumología, <sup>a</sup>Microbiología y <sup>b</sup>Medicina Interna.  
Hospital Monte San Isidro. León.

1. Sahoo M, Sahai K, Nayak VM. Scapulohumeral tuberculosis diagnosed by fine needle aspiration cytology. Acta Cytol 1998; 42: 435-436.
2. González-Gay MA, García-Porrúa C, Cereijo MJ, Rivas MJ, Ibáñez D, Mayo J. The clinical spectrum of osteoarticular tuberculosis in non-human immunodeficiency virus patients in a defined area of northwestern Spain (1988-1997). Clin Exp Rheumatol 1999; 17: 663-669.
3. Hugosson C, Nyman RS, Brismar J, Larson SG, Lindahl S, Lundstedt C. Imaging of tuberculosis. V Peripheral osteoarticular and soft-tissue tuberculosis. Acta Radiol 1996; 37: 512-516.
4. Antti-Poika I, Vankka E, Santavirta S, Vastamäki M. Two cases of shoulder joint tuberculosis. Acta Orthop Scand 1991; 62: 81-83.
5. Garrido G, Gómez-Reino JJ, Fernández-Dapica P, Palenque E, Prieto S. A review of peripheral tuberculous arthritis. Semin Arthritis Rheum 1988; 18: 142-149.

## Prueba broncodilatadora en pacientes con EPOC estable

**Sr. Director:** He leído con interés la revisión de Heredia Budó y Rodríguez-Carballeira sobre la prueba broncodilatadora (PBD) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) estable<sup>1</sup>. Sin entrar en otras cuestiones, me gustaría puntualizar algunos aspectos sobre la interpretación de la PBD.

Como señalan los autores, hay multitud de métodos de expresión de la respuesta a un broncodilatador (RBD). A mi modo de ver, las características de estos métodos que se deberían analizar son: normalidad de la dis-



**Fig. 1. Fotografía del hombro derecho. Se aprecian las lesiones producidas por el absceso tuberculoso.**