

fácilmente si existe una convergencia/complicidad con el médico, pero no es menos cierto lo contrario, es decir, que si hay una divergencia los resultados son más bien nefastos, por lo que debemos cavilar acerca de por qué, a pesar del ingente esfuerzo en investigación, el control del asma sigue siendo igual o peor que hace 15 años. ¿Alguien conoce algún médico que atienda a un asmático y, tras prescribirle corticoides inhalados, le diga: “Vuelva usted dentro de año”?

Bibliografía

1. Seco M, Andrés O, Ramos G. Diccionario del español actual. Madrid: Aguilar; 1999.
2. Barnes PJ, Woolcock AJ. Difficult asthma. *Eur Respir J*. 1998;12:1209-18.
3. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J*. 2000;16:802-7.
4. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. NHLBI/WHO workshop report. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. January 1995. NIH publication 95-3659.

doi:10.1016/j.arbres.2008.09.008

5. Plaza V, Bolívar I, Giner J, Lauger MA, López-Viña A, Quintano JA, et al. Opinión, conocimientos y grado de seguimiento referidos por los profesionales sanitarios españoles de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Proyecto GEMA-TEST. *Arch Bronconeumol*. 2008;44:245-51.
6. Barnes PJ. Achieving asthma control. *Curr Med Res Opin*. 2005;21(Suppl 4):S5-9.
7. Cazzoletti L, Marcon A, Janson C, Corsico A, Jarvis D, Pin I, et al. Asthma control in Europe: a real-world evaluation based on an international population-based study. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;120:1360-7.
8. Wolfenden LL, Diette GB, Krishnan JA, Skinner EA, Steinwachs DM, Wu AW. Lower physician estimate of underlying asthma severity leads to under-treatment. *Arch Intern Med*. 2003;163:231-6.
9. Pacheco-Galván A. Asma y tabaco, una conexión inmunológica. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:213-5.

Adalberto Pacheco-Galván

Servicio de Neumología, Unidad de Asma y Tos de Dificil Manejo,
Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España
Correo electrónico: apacheco.hrc@salud.madrid.org

Rendimiento diagnóstico del cultivo de micobacterias en derrames pleurales de origen tuberculoso

Diagnostic Yield of Culture for Mycobacteria in Tuberculous Pleural Effusions

Sr. Director:

Una de las causas de derrame pleural más comunes en nuestro medio es la tuberculosis pulmonar. Sin embargo, a veces no resulta sencillo confirmar su origen tuberculoso. La técnica confirmatoria de referencia, junto con la biopsia pleural, continúa siendo el cultivo microbiológico del líquido remitido al Laboratorio de Microbiología, donde con frecuencia se siembra en medios de cultivo convencionales y, además, en medios específicos para micobacterias. Clásicamente las expectativas de crecimiento de micobacterias han sido bajas¹, con porcentajes de aislamiento muy variables, entre un 8,5%² y un 35%³ según los estudios, aunque en nuestro medio no están claramente establecidos.

Para conocer el rendimiento de esta técnica en nuestro medio, en el Laboratorio de Microbiología del Hospital El Bierzo hemos realizado un estudio retrospectivo que comprende todas las muestras de líquido pleural con solicitud de tinción y cultivo de micobacterias en un período de 17 años (1992-2008). Se recibieron en total 1.440 muestras de líquido pleural procedentes de diferentes pacientes. Las muestras se centrifugaron y con el sedimento se realizó tinción fluorescente y siembra en medios de Löwenstein-Jensen y Coletos. Tras la incorporación del cultivo de micobacterias automatizado en medio líquido a nuestra práctica habitual, a partir de 2002 se inoculó además un frasco de medio líquido por muestra.

El rendimiento de la tinción fluorescente fue muy bajo (0,0007%), resultando positiva en tan sólo una ocasión. Considerando conjuntamente los medios sólidos y líquidos, el cultivo de micobacterias fue positivo en 36 ocasiones, lo que constituye un 2,5% de todos los líquidos pleurales recibidos para cultivo de micobacterias (tabla 1). En la mayoría de los casos (64%) el crecimiento de colonias se produjo entre la segunda y quinta semanas de incubación en medios sólidos. En 5 ocasiones hubo que esperar hasta la octava semana de incubación para obtener crecimiento de tan sólo 2 o 3 colonias. El crecimiento de colonias fue en general muy escaso, ya que en un 28% de los casos sólo

creció una colonia y en un 50% el número de colonias fue inferior a 10. Este hecho, aparentemente intrascendente, retrasó el proceso de identificación, la elaboración del antibiograma y el envío de las pruebas de sensibilidad al clínico. Hay que resaltar el hecho de que en la mayoría de los pacientes el líquido pleural fue la única muestra respiratoria en que se obtuvo crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis* y, por lo tanto, en casi todos ellos el cultivo de las muestras de esputo y de otras muestras respiratorias fue negativo.

La incorporación de la incubación automatizada de los medios líquidos a la práctica habitual ha permitido reducir los tiempos de incubación de *M. tuberculosis*. Sin embargo, al partir de un escaso número de bacterias en líquido pleural, los tiempos de detección son en general mayores que para otro tipo de muestras respiratorias.

A modo de conclusión queremos señalar que el cultivo para micobacterias del líquido pleural en un derrame de probable etiología tuberculosa ofrece por sí solo un bajo rendimiento diagnóstico, debido al bajo número de micobacterias presentes en el líquido pleural. Debería acompañarse, siempre que fuera posible, de la biopsia pleural dirigida, que obtiene mayores porcentajes de aislamiento⁴. Aunque para la decisión diagnóstica y terapéutica inicial son más útiles otros parámetros, como la determinación de la adenosindesaminasa o de interferón en líquido pleural, el cultivo es el único método que permite confirmar el diagnóstico y conocer la sensibilidad a los tuberculostáticos de la cepa aislada.

Tabla 1

Resultados de la tinción y aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* en muestras de líquido pleural recibidas en el Hospital el Bierzo en un período de 17 años (1992-2008)

	N	%
N.º total de líquidos pleurales	1.440	100
N.º de baciloscopias positivas	1	0,0007
N.º de cultivos positivos	36	2,5
Crecimiento de una sola colonia	10	28
Crecimiento < 10 colonias	18	50
Crecimiento entre semanas 2 y 5	23	64
Crecimiento en la semana 8	5	14

Bibliografía

1. Villena V, Ferrer J, Hernández L, De Pablo A, Pérez E, Rodríguez F, et al. Diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Arch Bronconeumol. 2006;42:349-72.
2. Valdés L, Álvarez D, San José E, Penela P, Valle JM, García-Pazos JM, et al. Tuberculous pleurisy: a study of 254 patients. Arch Intern Med. 1998;158:1967-83.
3. Moreno R. Manejo del derrame pleural tuberculoso. Boletín de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile [revista electrónica]. 1996;26(2) [consultado 03/05/2008]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/pub/boletin/PatologiaPleural/ProblemasAtencion.html>.
4. Caminero JA, Casal M, Ausina V, Pina JM, Sauret J. Diagnóstico de la tuberculosis. Normativas de la Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR) [consultado 03/05/2008]. Disponible en: <http://www.separ.es/normativas>.

doi:10.1016/j.arbres.2008.06.002

Síndrome de Claude Bernard-Horner como complicación poco frecuente del drenaje postoperatorio

Claude Bernard-Horner Syndrome as a Rare Complication of Postoperative Drainage

Sr. Director:

La relación del síndrome de Claude Bernard-Horner con el tubo de drenaje o avenamiento pleural, si bien es una complicación infrecuente, ha hecho que en el término de 6 meses se hayan publicado en la literatura médica iberoamericana dos casos con evoluciones diferentes.

En el primero¹, tras realizar una toracotomía posterolateral izquierda por el quinto espacio intercostal para efectuar una lobectomía pulmonar inferior y disección ganglionar mediastínica por un tumor carcinoide atípico, se dejaron 2 tubos de avenamiento pleural; el tubo posterior se retiró al segundo día y se detectó la presencia del síndrome referido, que persistía a los 3 años de la cirugía. En el otro caso² se había realizado una videotoroscopia izquierda para la resección del ápice pulmonar por tener burbujas subpleurales que habían causado neumotórax recidivante por tercera vez. En esta ocasión, se dejó sólo un tubo anterior al pulmón y el síndrome se detectó a las 36 h del postoperatorio. Se produjo una progresiva involución, con remisión completa a los 6 meses del postoperatorio. Al detectar el síndrome, en ambos casos se procedió a la inmediata retirada del drenaje.

Llama la atención que, con diferentes enfermedades y accesos quirúrgicos al hemotórax izquierdo, la manifestación se debiera

doi:10.1016/j.arbres.2008.07.003

Melanoptisis: una complicación inusual de la fibrobroncoscopia

Melanoptysis: an Unusual Complication in Fiberoptic Bronchoscopy

Sección de Neumología, Hospital Universitario, San Juan de Alicante, Alicante, España

Sr. Director:

La melanoptisis es una complicación infrecuente que puede presentarse en la neumoconiosis de los mineros de carbón, de forma única o paroxística¹, de pequeñas cantidades hasta masiva, y que puede producir una grave insuficiencia respiratoria aguda y

Ramiro López-Medrano *, Carlos Fuster Foz y Carmen Raya Fernández

Sección de Microbiología, Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ramirozlm@terra.es (R. López-Medrano).

posiblemente a la inadecuada colocación del drenaje o a su deslizamiento al cambiar de decúbito o en el traslado de los pacientes. Para que ello no ocurra deben usarse tubos de avenamiento³ siliconados y marcados con hilos radiopacos que alerten acerca de la peligrosa yuxtaposición con el ganglio estrellado. El deslizamiento se evita al fijar el tubo por los 2 lados con suturas cutáneas. No se indicará extraer el drenaje de forma precoz, sino cuando los tubos de avenamiento no cumplan con su función porque el pulmón esté reexpandido, no haya fuga aérea o el drenado sea menor de 150 ml/día, sin importar cuántos días necesite realmente estar colocado.

Bibliografía

1. Vozzi M, Berduc A, Otero W. Síndrome de Claude Bernard-Horner: complicación rara del avenamiento pleural. Rev Argent Cirug. 2007;93:19-20.
2. Rombolá CA, Atance PL, Honguero Martínez AF. Síndrome de Claude Bernard-Horner como complicación poco frecuente del drenaje postoperatorio. Arch Bronconeumol. 2008;44:116-7.
3. Pum Tam YW, Tamura Ezcurra MA, García Fernández JL, Sierra Santos E, Risco Rojas R. Tubos de drenaje torácico. En: Comité Científico de SEPAR, editor. Manual SEPAR de procedimientos 8. Procedimientos en patología pleural I. Madrid: P. Permanyer; 2005. p. 31-43.

Eduardo Arribalzaga

División de Cirugía Torácica, Hospital de Clínicas, Buenos Aires, Argentina

Correo electrónico: piedralta@hotmail.com

la muerte del paciente². En la literatura médica sólo se ha publicado un caso asociado a complicación de fibrobroncoscopia³. Describimos a continuación el primer caso descrito en lengua española.

Varón de 77 años remitido por radiografía de tórax patológica en el contexto de clínica urinaria. Era fumador activo de 52 paquetes/año, había trabajado durante 45 años en la industria de la metalurgia del hierro y el acero en Rusia y estaba diagnosticado de silicosis desde 1970 (no aportaba informes clínicos ni radiológicos). En la exploración física presentaba presión arterial de 170/80 mmHg, 15 respiraciones/min, temperatura axilar de 39 °C y frecuencia cardíaca de 100 lat/min. En la auscultación pulmonar se apreciaban disminución del murmullo vesicular y de las vibraciones vocales en ambos hemitórax, con roncus modific-