

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-