

4. Kiri VA, Soriano JB, Visick G, Fabbri L. Recent trends in lung cancer and its association with COPD: an analysis using the UK GP Research Database. *Prim Care Respir J* 2009 Sep 15. pii: pcrj-2009-02-0021. doi:10.4104/pcrj.2009.00048. [Epub ahead of print].
5. Kiri VA, Fabbri LM, Davis KJ, Soriano JB. Inhaled corticosteroids and risk of lung cancer among COPD patients who quit smoking. *Respir Med*. 2009;103:85-90.
6. Turner MC, Chen Y, Krewski D, Calle EE, Thun MJ. Chronic obstructive pulmonary disease is associated with lung cancer mortality in a prospective study of never smokers. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;176:285-90.

Joan B. Soriano

Programa de Epidemiología e Investigación Clínica, Fundación Caubet-CIMERA Illes Balears, Hospital Joan March, Bunyola, Mallorca, España

Correo electrónico: jbsoriano@caubet-cimera.es

doi:10.1016/j.arbres.2009.11.010

Respuesta de los autores

Response by the Authors

Sr. Director:

Agradecemos a Joan B. Soriano el interés que ha mostrado por nuestro artículo recientemente publicado¹. Consideramos sus comentarios pertinentes y acertados, y sus sugerencias mejoran, sin duda, lo aportado por el original.

Siguiendo sus consejos hemos reanalizado los datos eliminando los 16 pacientes con EPOC sin espirometría. Las curvas de supervivencia Kaplan-Meier siguen siendo significativamente distintas entre los pacientes con y sin EPOC, siendo mayor en aquellos con EPOC ($p=0,006$).

Efectivamente, tal como apunta el autor de la carta y está reflejado en el apartado de resultados, se realizó un modelo de regresión de Cox ajustado para las variables significativas en el análisis bivariado, aunque en el modelo final solo permanecieron el estadio y el tratamiento. La EPOC, por el contrario, no resultó estadísticamente significativa. En la discusión se comentó la posibilidad del sesgo diagnóstico como causa de las diferencias en la supervivencia debido a que quizás los pacientes EPOC se diagnostican en estadios más precoces, aunque quizás debería haberse hecho más hincapié en discutir los resultados del análisis multivariante. Por todo ello, tenemos que reconsiderar nuestra conclusión y decir que no se observan diferencias significativas en la supervivencia entre los pacientes con EPOC y sin EPOC.

Por otra parte, nos parece muy interesante la idea de analizar el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de EPOC y el de cáncer de pulmón, e incluso el tratamiento con corticoides inhalados y su influencia en la supervivencia, tal como han estudiado otros autores^{2,3}. Aunque el recabar algunos de esos datos se nos antoja difícil, al tratarse de un estudio retrospectivo y partir de una base de datos de cáncer de pulmón y no de EPOC.

Bibliografía

1. Abal Arca J, Parente Lamelas I, Almazán Ortega R, Blanco Pérez J, Toubes Navarro ME, Marcos Velázquez P. Cáncer de pulmón y EPOC: una asociación frecuente. *Arch Bronconeumol*. 2009;45:502-7.
2. Kiri VA, Soriano JB, Visick G, Fabbri L. Recent trends in lung cancer and its association with COPD: an analysis using the UK GP Research Database. *Prim Care Respir J*. 2009. pii:pcrj-2009-02-0021. doi:10.4104/pcrj.2009.00048.
3. Kiri VA, Fabbri LM, Davis KJ, Soriano JB. Inhaled corticosteroids and risk of lung cancer among COPD patients who quit smoking. *Respir Med*. 2009;103:85-90.

José Abal Arca

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Ourense, Ourense, España

Correo electrónico: jose.abal.arca@sergas.es

doi:10.1016/j.arbres.2009.12.004

¿Existe una pleuritis paraneumónica decapitada?

Does Decapitated Parapneumonic Pleurisy Exist?

Sr. Editor:

La «meningitis decapitada o meningitis bacteriana parcialmente tratada» se caracteriza por ser un cuadro en el que las características clínicas y los parámetros analizados en el líquido cefalorraquídeo están alterados por haber recibido antibióticos previamente a la punción lumbar¹. Sin embargo, esta observación no ha sido descrita en otros líquidos que se producen de forma secundaria a infecciones más habituales en la práctica clínica diaria, como es el caso del derrame pleural paraneumónico (DPPN). Expertos en el tema y sociedades científicas definen el DPPN como cualquier derrame pleural (DP) asociado o secundario

a una neumonía bacteriana o un absceso pulmonar²⁻⁴, incluyéndose en algunas definiciones las neumonías víricas³ y, en otras, los DP asociados a bronquiectasias⁴. Según estas, el líquido pleural (LP) en el DPPN es un exudado de predominio polimorfonuclear (PMN)^{2,3-5}, por lo que, aunque el cuadro sea compatible con esta patología, si el LP tiene un predominio mononuclear (MN) se recomienda que se realicen otras pruebas diagnósticas adicionales como una biopsia pleural^{2,3,6}. Sin embargo, en nuestra experiencia, no es inusual encontrar pacientes que, a pesar de cumplir los criterios clínicos de DPPN, tienen un DP de predominio linfocitario, y hemos observado que el tratamiento antibiótico previo puede influir en este hecho. En una exhaustiva búsqueda en la literatura médica, no hemos encontrado una clara evidencia respecto a este tema, motivo por el que hemos realizado un estudio retrospectivo de todos los pacientes con DP y criterios de DPPN que fueron valorados entre enero del 2007 y septiembre del