

cistitis, prostatitis y orquitis. Sin embargo, los efectos adversos sistémicos son menos comunes y pueden ir desde una simple febrícula hasta una insuficiencia multiorgánica potencialmente mortal².

En la bibliografía en inglés, existen varios estudios sobre casos de linfadenitis granulomatosa pulmonar o extrapulmonar secundarios a instilación de BCG. Existe un importante debate acerca de si las complicaciones infecciosas secundarias al BCG se deben a una reacción por hipersensibilidad o a infección activa. Algunos estudios han hallado bacterias viables en distintos tejidos, como pulmonar, pancreático o hepático, lo que indica una infección activa^{3,4}. Por su parte, la hipótesis de la hipersensibilidad está respaldada por los trabajos en los que no se pudieron aislar microorganismos⁵. Ese ha sido nuestro caso, pues no pudimos evidenciar la presencia de bacilos acidorresistentes en 3 muestras de esputo ni en una de lavado broncoalveolar e incluso los resultados de los cultivos fueron negativos.

En resumen, el valor de este caso reside en su ilustración de una complicación característica de la instilación de BCG intravesical. Con este artículo, esperamos resaltar la importancia de tener presentes las distintas complicaciones del tratamiento con BCG intravesical, aunque exista sospecha clínica de infección por BCG.

Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses ni financiación.

Bibliografía

- Hall MC, Chang SS, Dalbagni G, Pruthi RS, Seigne JD, Skinner EC, et al. Guideline for the management of nonmuscle invasive bladder cancer (stages Ta, T1, and Tis): 2007 update. *J Urol*. 2007;178:2314-30.
- Park CH, Jang MA, Ahn YH, Hwang YY, Ki CS, Lee NY. Mycobacterial infection after intravesical bacillus Calmette-Guérin treatment for bladder cancer: A case report. *Korean J Lab Med*. 2011;31:197-200.
- McParland C, Cotton DJ, Gowda KS, Hoepfner VH, Martin WT, Weckworth PF. Miliary *Mycobacterium bovis* induced by intravesical bacille Calmette-Guérin immunotherapy. *Am Rev Respir Dis*. 1992;146:1330-3.
- Soylu A, Ince AT, Polat H, Yasar N, Ciltas A, Ozkara S, et al. Peritoneal tuberculosis and granulomatous hepatitis secondary to treatment of bladder cancer with bacillus Calmette-Guérin. *Ann Clin Microbiol Antimicrob*. 2009;8:12.
- Elkabani M, Greene JN, Vincent AL, VanHook S, Sandin RL. Disseminated *Mycobacterium bovis* after intravesicular bacillus Calmette-Guérin treatments for bladder cancer. *Cancer Control*. 2000;7:476-81.

Deniz Dogan^a, Murat Zor^{a,*}, Tuncer Ozkisa^a, Omer Ayten^b, Nuri Yigit^c e Ismail Yavas^d

^a Department of Pulmonary Diseases, Gulhane Military Hospital, Ankara, Turkey

^b Department of Pulmonary Diseases, Gulhane Military Hospital, Istanbul, Turkey

^c Department of Pathology, Gulhane Military Hospital, Ankara, Turkey

^d Department of Pulmonary Diseases, Ankara University Medical Faculty, Ankara, Turkey

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: murat804@yahoo.com (M. Zor).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.10.015>

La espirometría en la Neumología pública en Navarra. Análisis contrastado del estudio 3E



Spirometry in Public Hospitals in Navarre. A Comparative Analysis of the 3E Study

Sr. Director:

Hemos leído con interés el trabajo publicado en el número de noviembre de su revista por los doctores López-Campos, Soriano y Calle¹, en el que se abordan las diferencias interregionales en la realización e interpretación de las espirometrías en España. En la metodología se hace constar que los datos se obtuvieron mediante encuesta telefónica a 805 centros, seleccionados aleatoriamente entre los que evalúan rutinariamente a los pacientes adultos con patología respiratoria crónica, y que la misma iba dirigida al técnico encargado de la realización de la espirometría en cada centro. Desconocemos la correspondencia que los resultados obtenidos hayan tenido en otras comunidades, pero queremos hacer constar las discrepancias que los mismos presentan respecto a los datos disponibles en nuestro ámbito de trabajo. Dichos resultados son manifiestamente distintos a los que pudimos constatar en el análisis que sobre la situación de la espirometría en atención primaria (AP) en nuestro medio publicamos en su revista en 2006², pero nos han desconcertado aún más los que se aportan en relación con la espirometría en atención especializada (AE) en 2012 (fecha de realización de su estudio).

En la [tabla 1](#) hemos seleccionado los puntos más llamativos de los recogidos en dicho artículo, y los hemos comparado con los datos constatables sobre el particular en la totalidad de los servicios públicos de neumología de Navarra (ofrecidos como totales y separadamente en los 3 equipos que entonces existían: Hospital Virgen del Camino, Hospital de Navarra y Hospital de Estella). Los mismos dejan patente que los resultados reflejados en el artículo al que hacemos referencia no representan en absoluto nuestra realidad.

Al no quedar explicado en la metodología cuáles fueron los criterios considerados correctos para el test broncodilatador y calidad para la espirometría, nos es imposible compararlos con datos propios. De todas formas, los porcentajes que se publican (25% en AP versus 12,5% en AE en el primer caso, y 93,5 versus 37,5 en el segundo) nos resultan cuando menos sorprendentes. No podemos asegurar que no correspondan a otro tipo de sistema sanitario, ya que tampoco en la metodología se menciona ni el tipo de centros entrevistados (público, privado, hospital o consultorio) ni la especialidad que se evalúa (neumología, medicina interna, alergología, etc.), pero dado que se hace mención a la situación en AE, creemos necesario hacer constar que no pueden tomarse como reflejo de la actividad en este campo realizada en la neumología pública de nuestra Comunidad.

Finalmente señalar que, tal y como indican los autores, aunque este tipo de encuestas telefónicas tengan la ventaja de poder llegar a un amplio número de centros, las limitaciones de las mismas obligan a ser cautos a la hora de sacar conclusiones.

Tabla 1
Comparación entre datos publicados sobre Navarra en el artículo¹ y los existentes en la neumología pública en 2012

Variable analizada	Datos de Navarra publicados		Datos de toda la neumología pública en Navarra (2012)			
	AP	AE	Neum. total	Neum. HVC	Neum. HdN	Neum. Estella
<i>Centros participantes</i>						
Participan en la encuesta	16 (80)	8 (80)	2	1	0	1
Total de centros contactados	20	10	2	1	0	1
<i>Recursos de los centros</i>						
Espirómetro centro	1,06	1,88	2,6	4	3	1
Espirometría a la semana	2,6	63,3	90	125	95	50
Centros con horario específico (%)	12 (75,0)	6 (75)	(100)	(100)	(100)	(100)
Centros con habitación específica (%)	8 (50,0)	7 (87,5)	(100)	(100)	(100)	(100)
<i>Entrenamiento en los centros</i>						
Formación para realización periódica (%)	2 (12,5)	0 (0)	(80)	(100)	(100)	(20)
<i>Uso del espirómetro</i>						
Información dada al paciente (%)	15 (93,8)	5 (62,5)	(100)	(100)	(100)	(100)
<i>Información sobre el test broncodilatador</i>						
Criterio adecuado para considerar positivo (%)	5 (31,2)	5 (62,5)	(100)	(100)	(100)	(100)
<i>Información sobre el tipo de espirómetro</i>						
Transductor neumotacómetro (%)	2 (12,5)	2 (25)	8(100)	4 (100)	3 (100)	1 (100)
Transductor de turbina (%)	1 (6,2)	1 (12,5)	(0)	(0)	(0)	(0)
Transductor desconocido (%)	13 (81,2)	4 (50)	(0)	(0)	(0)	(0)
Curvas solo en pantalla no en papel (%)	15 (93,8)	7 (87,5)	(100)	(100)	(100)	(100)
Valores de referencia desconocidos (%)	15 (93,8)	3 (37,5)	(0)	(0)	(0)	(0)
<i>Mantenimiento del espirómetro y criterios de calidad</i>						
Con persona para el mantenimiento (%)	11 (68,8)	4 (50%)	(100)	(100)	(100)	(100)

AE: atención especializada; AP: atención primaria; Estella: Hospital de Estella; HdN: Hospital de Navarra; HVC: Hospital Virgen del Camino; Neum.: Neumología.

Bibliografía

- López-Campos JL, Soriano J, Calle M. Cambios interregionales en la realización e interpretación de las espirometrías en España. Arch Bronconeumol. 2014;50:475-83.
- Hueto J, Cebollero P, Pascal I, Cascante JA, Eguía VM, Teruel F, et al. Espirometría en Atención Primaria en Navarra. Arch Bronconeumol. 2006;42:326-31.

Pilar Cebollero Rivas* y Javier Hueto Pérez de Heredia

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: pilar473@me.com (P. Cebollero Rivas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.12.006>

Aportaciones de la tomografía axial computarizada de alta resolución en la detección precoz de silicosis



Contributions of the high resolution computed tomography in the early detection of silicosis

Sr. Director:

Agradecemos la oportunidad de contestar los comentarios de Martínez González et al.¹ sobre nuestra anterior comunicación², referente a la detección y descripción de una agrupación de casos de silicosis en jóvenes trabajadores de aglomerados de cuarzo en Chiclana de la Frontera (Cádiz)³. Intentaremos responder a las principales puntualizaciones planteadas, con las limitaciones que imponen la imprecisión de algunas expresiones, que pudieran ser interpretadas con inexactitud por nuestra parte. Es el caso de la calificación de nuestros hallazgos —y de las conclusiones

de ellos derivadas— como meras opiniones. Los autores, al basar sus argumentaciones sobre la validez de nuestros resultados únicamente en el grado de adhesión a la Clasificación Internacional de Radiografías de Neumoconiosis de la Organización Internacional del Trabajo, parecen pasar por alto que los diagnósticos se basaron en primer lugar en los resultados anatomopatológicos de 4 biopsias de pulmón realizadas mediante videotoracoscopia. Una vez confirmada por la unidad de anatomía patológica, la existencia de una agrupación de casos o *cluster* de silicosis se utilizó la tomografía axial computarizada de alta resolución (TACAR) como prueba de confirmación diagnóstica, en enfermos ya sintomáticos, incluyendo 9 con radiografía convencional de tórax (RCT) sin alteraciones (8 de ellos actualmente con diagnóstico de silicosis, de los cuales 2 han evolucionado a silicosis crónica complicada).

En nuestra práctica no se desprecia, para el despistaje y la vigilancia de trabajadores expuestos, la utilidad históricamente demostrada de la RCT. Pero tras la aparición de varios casos muy graves, uno con resultado de defunción y otros 2 en lista de espera para trasplante pulmonar, y en el contexto del *cluster* descrito, la TACAR, una prueba accesible y con un valor predictivo positivo muy elevado, permitió mejorar la calidad del diagnóstico. En el artículo original³ planteamos el obstáculo encontrado en el sistema

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.09.004>