

**Acercas de la diferencia entre criterios de clasificación y criterios diagnósticos**

**Sr. Director:** Hemos leído con atención la carta en la que Enrique et al<sup>1</sup> discuten un caso que planteaba dificultades para establecer el diagnóstico diferencial entre una neumonía eosinófila crónica y una vasculitis de Churg-Strauss. Somos conscientes de que, en casos concretos, no es fácil precisar el diagnóstico de las distintas enfermedades inflamatorias pulmonares. Sin embargo, nos gustaría hacer algún comentario referido al citado artículo.

Los autores afirman que el paciente cumplía criterios diagnósticos de neumonía eosinófila crónica y de vasculitis de Churg-Strauss. Puesto que muchas enfermedades (entre ellas las vasculitis) carecen de un método diagnóstico específico, se desarrollaron criterios que, fundamentados en la combinación de datos clínicos, analíticos e histológicos, permiten la clasificación de un paciente en un determinado síndrome o enfermedad con una sensibilidad y especificidad concretas. En 1990, el American College of Rheumatology (ACR) propuso unos criterios destinados a clasificar los principales tipos de vasculitis<sup>2</sup>. Tal y como Hunder et al<sup>3</sup> subrayaron en el artículo de introducción, no se debe confundir un criterio diagnóstico con uno de clasificación. Estos criterios se desarrollaron mediante el análisis prospectivo de más de 800 pacientes que presentaban distintos tipos de vasculitis. En el estudio no se incluyó una población control afectada de otras enfermedades<sup>3</sup>. Por ello, tal y como este mismo Comité del ACR ha resaltado, estos criterios son útiles únicamente para, en un paciente ya diagnosticado de vasculitis, establecer a qué categoría pertenece su enfermedad. Recientemente, Rao et al<sup>4</sup> demostraron, en una serie de 51 pacientes con vasculitis y 147 con otras enfermedades, que los criterios de la ACR tienen escaso valor diagnóstico. Ya que en el caso comentado por Enrique et al<sup>1</sup> no se encontró ninguna evidencia histológica de inflamación vascular ni tampoco existían síntomas o signos de afectación pluriorgánica, los criterios de clasificación no deben aplicarse para diagnosticar un síndrome de Churg-Strauss. El mismo error se puede encontrar en alguno de los artículos que Enrique et al<sup>1</sup> citan en su bibliografía<sup>5</sup>.

Dependiendo de factores individuales no bien conocidos, el pulmón puede reaccionar de forma muy diferente ante un mismo estímulo (p. ej. un fármaco puede ser causa de una neumonitis por hipersensibilidad, una neumonía intersticial usual, una neumonía eosinófila o una bronquiolitis obliterante con neumonía organizada). No puede descartarse que la neumonía eosinófila crónica pueda ser una forma de presentación de un síndrome de Churg-Strauss (lo mismo podría decirse del asma), pero creemos que se trata de procesos clínicos y patológicamente diferentes, con distintas implicaciones tera-

péuticas y pronósticas, y que se debe ser muy cuidadoso en el diagnóstico diferencial.

**L. A. Pérez de Llano y R. Blanco Alonso\***  
Sección de Neumología.  
Hospital Xeral-Calde. Lugo.  
\*Servicio de Reumatología.  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

1. Enrique E, Aguilar X, Magarolas R. Neumonía eosinófila crónica cavitada con IgE sérica elevada. ¿Es posible su diferenciación con la vasculitis de Churg-Strauss? Arch Bronconeumol 1998; 34: 364-365.
2. Hunder GG, Arend WP, Bloch DA, Calabrese LH, Fauci AS, Fries JF et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of vasculitis: introduction. Arthritis Rheum 1990; 33: 1.065-1.067.
3. Bloch DA, Michel BA, Hunder GG, Mcs-hane DJ, Arend WP, Calabrese LH et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of vasculitis: patients and methods. Arthritis Rheum 1990; 33: 1.068-1.073.
4. Rao JK, Allen MB, Pincus T. Limitations of the 1990 American College of Rheumatology classification criteria in the diagnosis of vasculitis. Ann Intern Med 1998; 129: 345-352.
5. Salas Bombín RM, Arcés MC, Gómez Ce-rezo J, Barbado FJ, Vázquez JJ. ¿Neumonía eosinófila crónica o síndrome de Churg-Strauss? Rev Clin Esp 1996; 196: 138-139.

**Respuesta de los autores**

**Sr. Director:** Agradecemos los comentarios de Pérez de Llano y Blanco acerca de nuestro reciente artículo<sup>1</sup> publicado en su Revista. Nos es grato comprobar que también comparten nuestra opinión de que ante el diagnóstico de neumonía eosinófila crónica (NEC) no puede descartarse la posibilidad de que sea una forma de presentación de una vasculitis de Churg-Strauss (VCS), tal como indican otros autores citados en nuestro trabajo. Es decir, que en realidad podría tratarse de un mismo síndrome con distintos grados de expresión clínica. No obstante, nos gustaría hacer algunas puntualizaciones, que quizá no quedaron lo suficientemente claras en nuestra carta:

1. En primer lugar, queremos enfatizar que nuestro diagnóstico final es claro y preciso: se diagnosticó una NEC. En su momento no establecimos el diagnóstico de VCS y todavía no lo hemos hecho a lo largo del seguimiento del paciente. Si lo hiciésemos, si obtuviéramos una histología compatible y aplicáramos los criterios diagnósticos citados, confirmaríamos el diagnóstico de VCS.

2. En segundo lugar, cuando se desarrolla un estudio diagnóstico es totalmente lícito plantearse en su inicio y a lo largo del mismo un diagnóstico diferencial que incluya varios tipos de enfermedades con características clínicas afines.

3. En tercer lugar, unos criterios de clasificación que permiten diferenciar un tipo u otro de proceso lógicamente poseen un indudable valor diagnóstico y, por lo tanto, pueden ser considerados como criterios diagnósticos de una determinada entidad. Otro asunto a valorar es la sensibilidad y especificidad que se les otorgue.

4. En cuarto lugar y para finalizar, también consideramos, y así se afirma en nuestro artículo, que la NEC y la VCS tienen implicaciones terapéuticas y pronósticas distintas. Precisamente por ello también opinamos que debe ser muy cuidadoso el diagnóstico diferencial. Pero nuestro juicio respecto de que sean procesos clinicopatológicos diferentes no es tan categórico, puesto que creemos que, ante algunos diagnósticos, hay que realizar una valoración evolutiva y flexible. Por eso nuestra conclusión es que debe efectuarse un seguimiento prolongado del paciente para poder establecer un diagnóstico definitivo.

¿A quién no le ha sucedido, en más de una ocasión, que tras controlar evolutivamente a un paciente, ha podido establecer el diagnóstico de una enfermedad oculta, o bien ha tenido que modificar un diagnóstico previo erróneo?

**E. Enrique, X. Aguilar y R. Magarolas**  
Sección de Neumología. Hospital  
Universitari Joan XXIII.  
Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

1. Enrique E, Aguilar X, Magarolas R. Neumonía eosinófila crónica cavitada en IgE sérica elevada. ¿Es posible su diferenciación con la vasculitis de Churg-Strauss? Arch Bronconeumol 1998; 34: 364-365.

**¿Diuréticos para tratar el asma?**

**Sr. Director:** En los últimos años se han realizado múltiples estudios que han evidenciado un efecto beneficioso de la furosemida inhalada sobre algunos tipos de asma bronquial<sup>1-6</sup>. En cambio, no se ha demostrado que la administración vía oral de este diurético tenga alguna acción beneficiosa en el tratamiento de dicha enfermedad<sup>1</sup>. Presentamos el caso de una paciente asmática afectada de anorexia nerviosa en la que se constató mejoría del asma bronquial durante una fase de bulimia y anorexia nerviosa en la cual tomó dosis elevadas de furosemida vía oral.

Mujer de 27 años con antecedentes patológicos de bulimia y anorexia nerviosa tipo purgativo, que padecía asma bronquial desde la infancia y seguía tratamiento con corticoides y salbutamol inhalados; a pesar de ello requería frecuentes consultas a los servicios de urgencias e ingresos hospitalarios (1-2 al mes). La paciente ingresó en el servicio de psiquiatría por presentar un episodio de anorexia nerviosa con bulimia y conductas compensatorias (abuso de laxantes y de diuréticos [furosemida 400 mg al día] y autoinducción al vómito) de 6 meses de evolución, con pérdida ponderal severa. La exploración física evidenció una paciente emaciada (peso: 37 kg; talla: 155 cm) con signos de deshidra-