

fermedades pulmonares en las que se sospecha una lesión endobronquial como el carcinoma broncogénico. Sin embargo, su rentabilidad es muy inferior cuando las lesiones se localizan en la periferia, dependiendo de su tamaño, localización exacta y las técnicas endoscópicas utilizadas. La BPE obtiene una mayor rentabilidad en las neoplasias periféricas (sensibilidad del 50% para masas y del 37% para nódulos) que el BAS, LBA, cepillado bronquial o citología de esputo, dependiendo de la accesibilidad de la lesión, la colaboración del paciente y el número de biopsias tomadas, haciendo su utilidad más controvertida⁵. Cuando estos nódulos periféricos miden menos de 2 cm, la mayoría de los autores aconsejan otras técnicas como la punción transtorácica para descartar malignidad, aunque su rentabilidad disminuye si las lesiones son benignas (el 80-95% de las malignas y el 50-90% de las benignas) y se asocian un mayor número de complicaciones^{5,6}. A pesar de todo, pensamos que la validez de la broncoscopia fue indiscutible en este paciente, con un diagnóstico final benigno y un amplio diagnóstico diferencial que precisaba de un estudio histológico y microbiológico completo selectivo, utilizando sistemas como la fluoroscopia para dirigir la toma de las muestras en la zona patológica y evitando otras técnicas más invasivas como la biopsia pulmonar, asociadas a una mayor morbimortalidad y estancia hospitalaria. Esto permite especular sobre su utilidad en otros pacientes similares, especialmente si consideramos que es el único caso descrito en la bibliografía en que su diagnóstico pudo ser confirmado por la BPE (MEDLINE 1966-1997), técnica desaconsejada o no utilizada en la mayoría de estas series que recurren directamente a la biopsia pulmonar para su diagnóstico definitivo^{3,4}. Esta posibilidad adquiere una mayor relevancia si consideramos que estos nódulos son una entidad de significado y evolución imprevisible durante la enfermedad, a diferencia de este paciente, que siguió una evolución paralela al cuadro reumatoideo facilitando su confirmación definitiva^{1,2}.

A. Núñez, M. Haro y M. Vizcaya
Sección de Neumología. Hospital General.
Albacete.

1. Helmes R, Galvin J, Hunninghake GW. Pulmonary manifestations associated with rheumatoid arthritis. *Chest* 1991; 100: 234-238.
2. Pérez E, Dansin E, Wallaert E, Tonnel AB. The pleural manifestations of pleuropulmonary disease in rheumatoid arthritis. *Rev Mal Resp* 1991; 8: 169-189.
3. Jolles H, Moseley PL, Peterson MW. Nodular pulmonary opacities in patients with rheumatoid arthritis. A diagnostic dilemma. *Chest* 1989; 96: 1.022-1.025.
4. Remy-Jardin M, Remy J, Cortet B, Mauri F, Delcambre B. Lung changes in rheumatoid arthritis: CT findings. *Radiology* 1994; 193: 375-382.
5. Gasparini S, Ferretti M, Sechi EB, Baldelli S, Zuccatosta L, Gusella P. Integration of transbronchial and percutaneous approach in the diagnosis of peripheral pulmonary nodules or masses. Experience with 1,027 consecutive cases. *Chest* 1995; 108: 131-137.

6. Donado JR, Álvarez CJ, Yubero L, Galán MA, de Miguel E, Alfaro JJ. Biopsia transbronquial en el estudio del nódulo pulmonar solitario: análisis de 185 casos. *Arch Bronconeumol* 199; 31 (Supl 1): 69.

Oxigenoterapia continuada en las neumopatías intersticiales

Sr. Director: Hemos leído con interés la normativa publicada en el número de febrero de la Revista sobre indicación y empleo de la oxigenoterapia continuada domiciliaria (OCD)¹. Es una exposición exhaustiva, actualizada, adaptada a nuestro medio y con un gran contenido práctico.

En el apartado indicaciones, como no podía ser de otro modo, se destacan aquellos aspectos ampliamente aceptados por la comunidad científica, como su efecto beneficioso a largo plazo en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), planteando cuándo se debe iniciar el tratamiento, a qué dosis y en qué condiciones.

En el mismo apartado (indicaciones) figura un subapartado denominado Indicación en otras situaciones donde se dice: "No existe evidencia de que la OCD resulte eficaz en otras situaciones de hipoxemia crónica, como neumoconiosis y otros procesos intersticiales; sin embargo, parece lógico suponer que el alivio de la hipoxemia tenga en éstas efectos similares a los objetivados para la EPOC. *La comprobación objetiva de tal suposición mediante estudios protocolizados resulta deseable.*" Es este último párrafo, especialmente, el que motiva nuestro comentario.

Esta afirmación, con texto similar, figura en otras recomendaciones sobre oxigenoterapia y tiene la misma base: la carencia de estudios controlados a largo plazo que justifiquen su conveniencia o necesidad en las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) en situación de hipoxemia crónica.

Aceptado esto, no es menos cierto que nuestro conocimiento de la fisiopatología de la hipoxemia crónica y su eventual repercusión sobre otros aparatos y sistemas del organismo nos hace pensar que la mejora de la hipoxemia, mediante la OCD, hasta situar la PaO₂ en valores superiores a 60 mmHg, va a tener efectos benéficos sobre cualquier paciente que esté en estado estable con una PaO₂ inferior a 55 mmHg (o a 60 mmHg si se dan otras situaciones: hipertensión pulmonar, corazón pulmonar crónico, etc.), tal como se expresa con la frase: "parece lógico suponer que el alivio de la hipoxemia tenga en estas efectos similares a los objetivados para la EPOC".

Si esto es así, es difícil pensar que vayamos a poder eliminar este tratamiento en un paciente en situación de hipoxemia crónica, si cumple todos los aspectos preceptuados para la EPOC, aunque se trate de una EPID. Tener la convicción íntima, científicamente fundada aunque no evidenciada, de que la OCD va a ser beneficiosa para un paciente con EPID, tal como lo es para uno con EPOC, hace difícil tomar la decisión de no utilizar este recurso terapéutico. Esta actitud abstencionista tendría implicaciones éticas, si no legales.

Con esta convicción, pues, la realización de estudios experimentales protocolizados en los que un grupo de pacientes con EPID evolucionada recibiese O₂ y el otro no recibiera O₂, con objeto de hacer evidente el efecto a largo plazo de la OCD sobre la evolución de la enfermedad o supervivencia del paciente, se nos parece harto difícil, si no imposible.

Por ello, y basados en la evidencia existente para la EPOC, en nuestra opinión debería incluirse en próximas ediciones de la normativa sobre OCD a las EPID en las indicaciones de la OCD, en situación de igualdad a la EPOC, dada la imposibilidad de realizar los estudios deseables y la base científica fisiopatológica que soporta su uso en la EPOC.

E. Rodríguez Becerra y J. Castillo Gómez
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

1. Sánchez Agudo L, Cornudella R, Estopá Miró R, Molino Martín L, Servera Pieras E. Normativa para la indicación y empleo de la oxigenoterapia continuada domiciliaria. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 87-94.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Agradezco en nombre del grupo los elogios que se hace al trabajo de referencia y especialmente la oportunidad de suscitar un intercambio público de opinión, aunque en este caso más que de opinión sea de perspectivas de enfoque.

Evidentemente la EPID tiene múltiples puntos de debate y controversia y uno de ellos puede ser la indicación de oxigenoterapia a largo plazo, pero no es mi objetivo entrar en la consideración de las diferencias existentes en la evolución entre la EPID y la EPOC o respecto a la capacidad predictiva de supervivencia de los diferentes parámetros de función respiratoria en ambos procesos. Ello es debido a que a pesar de que la repercusión de la hipoxemia pudiera tener diferencias de matices en ambos procesos, no disiento de las consideraciones que se hacen en esta carta, como no podría ser de otra forma, pues las diferencias que pueden apreciarse nacen únicamente de la perspectiva con la que se expongan los criterios de indicación de la oxigenoterapia continua. Como los firmantes expresan, efectivamente la convicción de que la OCD va a ser beneficiosa para un paciente con EPID, es una "convicción íntima", perfectamente válida para la toma de decisiones desde el planteamiento individualizado de un neumólogo frente a un paciente concreto. Sin embargo, la perspectiva de un grupo de trabajo describiendo una normativa de actuación refrendada por una sociedad científica, dista mucho de esta situación singular y tiene perspectivas más globales, en las que es obligado basarse en las evidencias más que en las convicciones, aunque éstas sean plenamente lógicas y basadas en datos fisiopatológicos, como sucede en este caso.

Por ese motivo se ha expresado de tal forma la situación en cuanto a la indicación de OCD en EPID. Porque a pesar de que en el plano individual, cada uno de los miembros del grupo de trabajo pudiéramos estar de

acuerdo con el planteamiento que hacen Rodríguez Becerra y Castillo Gómez (personalmente lo estoy de pleno), no consideramos adecuado establecer normas sobre la base de convicciones, máxime cuando de la lectura del párrafo cuestionado en modo alguno puede desprenderse que sugiera "una actitud abstencionista", sino estrictamente una información y el subsiguiente deseo de ampliar el conocimiento que, para aquellas personas interesadas en un tema, suscita cualquier espacio vacío en la información referida a él. Por todo ello, nos limitamos a exponer el estado de la cuestión y dejar así que cada médico en particular decida qué hacer en cada caso en concreto, como por lo general sucede en la práctica de la medicina y, especialmente, cuando la toma de decisiones no puede basarse en asociaciones no probadas.

Resumiendo, no consideramos que la OCD no deba indicarse a los pacientes con EPID e hipoxemia. Simplemente decimos que sus posibles beneficios no están constatados.

I. Sánchez Agudo
Servicio de Neumología.
Instituto de Salud Carlos III.
Madrid.

Derrame pleural metastásico secundario a carcinoma papilar de tiroides

Sr. Director: Aunque el carcinoma papilar de tiroides (CPT) generalmente sigue un curso indolente, caracterizado por su lento crecimiento y la ausencia de diseminación a distancia, varios estudios¹ sugieren que las metástasis óseas y pulmonares pueden ocurrir, aunque con escasa frecuencia. Mientras que las metástasis pleurales han sido demostradas en varias series autopsicas, el hallazgo clínico, en vida, de derrame pleural (DP) secundario a CPT metastásico es excepcional². Utilizando la base MEDLINE se observa que en los últimos 10 años sólo se ha publicado un caso de DP relacionado con CPT. Se presenta un caso de DP maligno metastásico 28 años después del diagnóstico del primitivo CPT; ello supone el segundo mayor intervalo de tiempo desde la aparición del primario hasta el inicio clínico del DP secundario que se recoge en la bibliografía. Asimismo, se incide en el valor pronóstico del hallazgo del DP en la historia natural del CPT.

Varón de 70 años, que se presenta en el servicio de urgencias de nuestro hospital por disnea progresiva de 2 semanas de evolución, junto con dolor en el hemitórax derecho de características pleuríticas. Entre sus antecedentes destacaba la realización, 28 años antes, de una tiroidectomía parcial izquierda al ser diagnosticado de un carcinoma papilar de tiroides. Consultó con el servicio de otorrinolaringología 17 años después, por la aparición de una masa cervical izquierda de 8 x 4 cm; con el diagnóstico histológico, nuevamente, de CPT, el paciente se negó a la realización de cualquier tipo de tratamiento. En la exploración física actual destacaba la existencia de una masa en la región laterocervical izquierda de unos 10 cm de eje mayor, de superficie irregular y consistencia dura, junto con se-

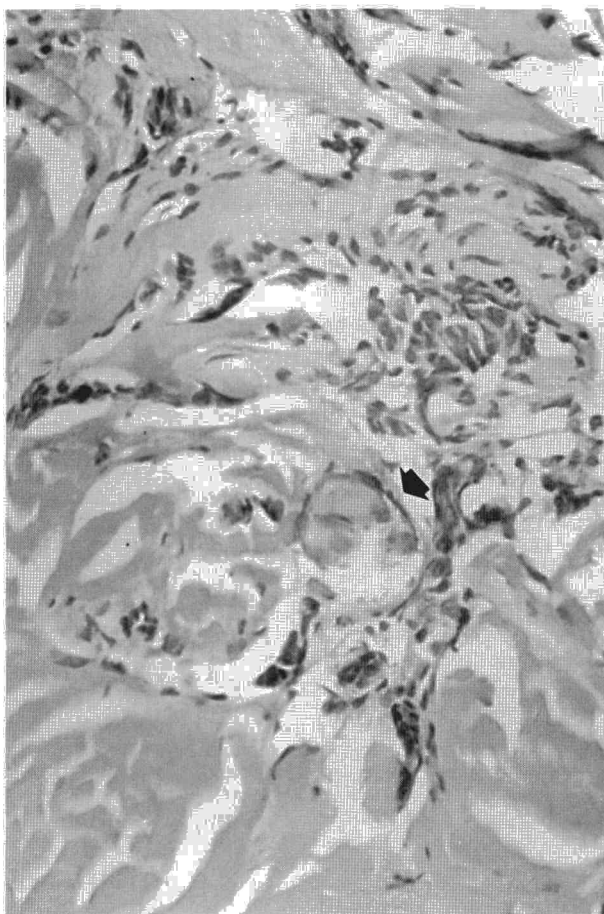


Fig. 1. Biopsia pleural: cuerpo de psammoma (flecha) en medio de un componente de fibrosis pleural importante (hematoxilina-eosina, x 40).

miología de DP en el hemitórax derecho hasta el tercio superior. En el estudio analítico se observó: tiroglobulina sérica 15.700 nmol/l, T4L 167 pmol/l y TSH 0,4 mU/l. La radiografía de tórax evidenció un DP derecho. En la tomografía computarizada torácica se objetivaron: DP derecho, varias lesiones nodulares pleurales y adenopatías en mediastino superior e hilio izquierdo. Se practicó un rastreo corporal con ¹³¹I depositándose el trazador en la región cervical, sin objetivarse otros focos patológicos. En el estudio del líquido pleural se observó un exudado de predominio mononuclear; el análisis citológico no evidenció células atípicas, por lo que se realizó una biopsia pleural (fig. 1), que reveló la existencia de hendiduras papilariformes, un importante componente de fibrosis pleural y la presencia de cuerpos de psammoma (flecha), todo ello compatible con un CPT. El paciente sólo accedió a la realización de una toracocentesis evacuadora y una pleurodesis con talco; a los 6 meses falleció por un fracaso multiorgánico.

Los enfermos diagnosticados de CPT tienen un excelente pronóstico con una esperanza de vida prácticamente normal en la mayoría de los casos, especialmente en las mujeres, en los menores de 40 años y en quienes la enfermedad se limita a la región cervical³. Si bien la edad del paciente, el sexo masculino y las metástasis a distancia en el momento del diagnóstico son factores de mal

pronóstico, la supervivencia suele exceder los 5 años en la mayoría de los estudios⁴. Otros autores también consideran el subtipo histológico (*tall-cell*, células en columna y variante de esclerosis difusa) como indicador de mal pronóstico⁵. De 1.772 pacientes que se registraron en el MD Anderson Cancer Center entre 1944 y 1991 con CPT, sólo 10 desarrollaron un DP maligno en el curso de la enfermedad⁶. Ello supone un 0,6% de los adultos con CPT bien diferenciado. Aunque la enfermedad tiene un curso clínico agresivo desde su aparición, esta complicación puede originarse muchos años después del diagnóstico. Si bien suele ocurrir en los primeros 3 años desde que se diagnostica la enfermedad, el mayor intervalo encontrado en la bibliografía alcanza los 43 años⁶. Independientemente del tiempo de aparición del DP su desarrollo implica muy mal pronóstico (mediana de supervivencia de 11 meses).

Así pues, la aparición de un DP maligno secundario a un CPT, además de implicar una diseminación de la enfermedad, siempre se asocia con un desenlace rápido, en este caso de 6 meses, por lo que consideramos que debería ser reconocido como factor de muy mal pronóstico en el CPT.

M.A. Cuervo Pinna, D. Magro Ledesma
y J.D. Arrebola García
Servicio de Medicina Interna. Hospital
Regional Universitario Infanta Cristina.
Badajoz.