

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 autópsicas, 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-

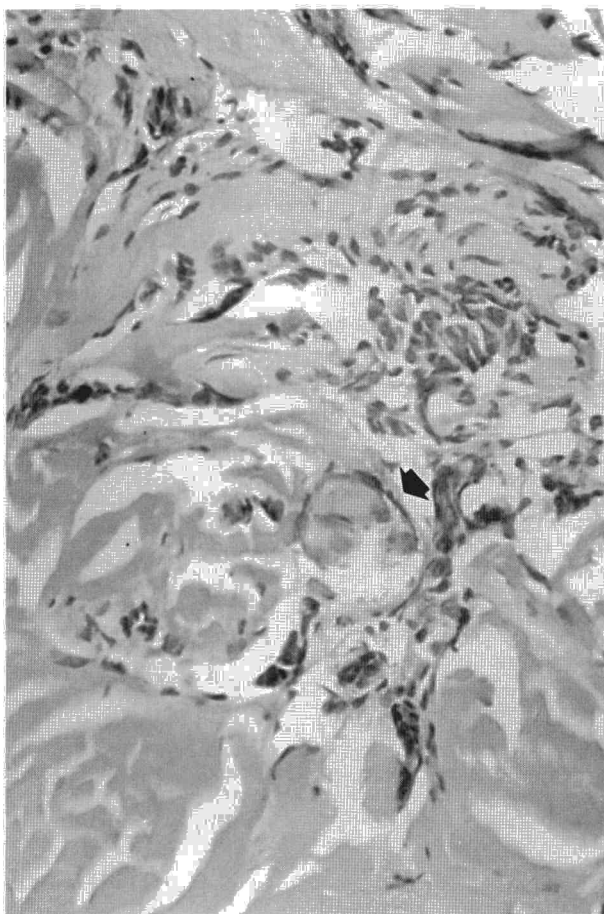


Fig. 1. Biopsia pleural: cuerpo de psammoma (flecha) en medio de un componente de fibrosis pleural importante (hematoxilina-eosina, x 40).

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.

1. Ruegger JJ, Hay ID, Bergstralh EJ, Ryan JJ, Offord KP, Gorman CA. Distant metastases in differentiated thyroid carcinoma: a multivariate analysis of prognostic variables. *J Clin Endocrinol Metab* 1988; 57: 501-508.
2. Vernon AN, Sheeler LR, Biscotti CV et al. Pleural effusion resulting from metastatic papillary carcinoma of the thyroid. *Chest* 1992; 101: 1.448-1.450.
3. Simpson WJ, McKinney SE, Carruthers JS, et al. Papillary and follicular thyroid cancer, prognosis factors in 1578 patients. *Am J Med* 1987; 83: 479-488.
4. De Groot LJ, Kaplan EL, Mc Cormick L et al. Natural history, treatment and course of papillary thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* 1990; 71: 414-424.
5. Schlumberger MJ. Papillary and follicular thyroid carcinoma. *N Eng J Med* 1998; 338: 297-306.
6. Vassilopoulou-Sellin R, Sneige N. Pleural effusion in patients with differentiated papillary thyroid cancer. *South Med J* 1994; 87: 1.111-1.116.

Tuberculosis miliar por *Mycobacterium africanum*

Sr. Director: *Mycobacterium africanum* es un patógeno humano que, junto con *M. tuberculosis*, *M. bovis*, y *M. microti*, forma parte del complejo *Mycobacterium tuberculosis*¹. Se considera una especie con propiedades fenotípicas intermedias entre los dos primeros (tabla I) pero con una virulencia similar a la del resto del grupo, siendo capaz de producir infecciones graves en personas inmunocompetentes².

M. africanum es el causante del 60-80% de los casos de tuberculosis en África central y en menor proporción en algunas zonas de Asia³. En Europa, su aislamiento es raro, aunque cada vez se describen más casos debido al incremento de los viajes intercontinentales⁴ y, sobre todo, de los movimientos migratorios⁵, como sucedió en el caso que describimos a continuación.

Paciente de 18 años de edad, de raza amarilla, natural de China y afincada en España desde hacía 9 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés. Ingresó en nuestro hospital por un cuadro febril acompañado

de astenia, anorexia y pérdida ponderal, de dos meses de evolución. Como único síntoma refería tos seca. En la exploración física, a su ingreso, destacaban una temperatura de 39 °C y gran deterioro del estado general. No se palpaban adenopatías accesibles ni hepatosplenomegalia. La auscultación cardiopulmonar y el examen neurológico resultaron normales. La analítica en sangre evidenció una VSG de 50 mm, GOT 109 U/l, GPT 79 U/l, Gamma-GT 80 U/l, estando el resto de los parámetros bioquímicos en los límites normales. No se detectaron anticuerpos frente al VIH. La radiografía simple de tórax reveló un patrón intersticial micronodular en grano de mijo distribuido universalmente por ambos pulmones. La tinción directa en esputo y orina mostró abundantes bacilos ácido-alcohol resistentes y los cultivos en medio de Löwenstein-Jensen resultaron positivos. Posteriormente, las colonias se identificaron como *M. africanum*, sensible a todos los fármacos antituberculosos de primera línea. El examen oftalmológico de la paciente puso de manifiesto la presencia de tubérculos coroideos, aun en ausencia de afectación del sistema nervioso central. También se observó alteración funcional hepática con incremento de las transaminasas, previa al inicio del tratamiento, lo que sugería una lesión primaria tuberculosa. Se inició tratamiento específico con 4 fármacos (HREZ), evolucionando la paciente de forma favorable. Por otra parte, en el estudio epidemiológico de los convivientes, no se detectaron casos nuevos.

Desde el punto de vista clínico, la enfermedad producida por *M. africanum* no es muy distinta de la tuberculosis convencional. En general, se manifiesta como una infección localizada que puede asentar en pulmón, ganglios linfáticos, partes blandas etc.^{4,5}. Las formas graves de enfermedad diseminada son menos comunes, y como en este caso, pueden aparecer en ausencia definida de inmunodeficiencia⁶. En cuanto al tratamiento, tampoco hay diferencias sustanciales, ya que el perfil de sensibilidad a los fármacos es superponible al del *M. tuberculosis*. No obstante, la identificación de la especie tiene gran importancia desde el punto de vista epidemiológico, porque permite detectar el tipo de brote y aplicar las medidas de control más adecuadas.

Pensamos que este caso es interesante no sólo por su rareza, sino también porque nos permite recalcar que la infección producida por *M. africanum* es tan agresiva como la de

los otros bacilos del grupo que causan enfermedad en el hombre, y no asumir erróneamente que se trata de un germen oportunista o de escasa contagiosidad.

C. Paredes Arranz, A. Palop del Río¹ y F. del Campo Matías²
Secciones de Neumología y ²Microbiología. Hospital Universitario Pío del Río Hortega. Valladolid.

1. David HL, Jahan MT, Jumín A, Grandry J, Lehman EH. Numerical taxonomy analysis of mycobacterium africanum. In *J Syst Bacteriol* 1978; 28: 465-472.
2. Grange JM, Yates MD. Incidence and nature of human tuberculosis due to *Mycobacterium africanum* in the southeast England 1977-87. *Epidemiol Infect* 1989; 103: 127-132.
3. Yates MD, Grange JM. Bacteriological survey of tuberculous lymphadenitis in southeast England, 1981-1989. *J Epidemiol Commun Health* 1992; 46: 332-335.
4. Aldea JM, Lezcano MA, Esteban A, Bello S, Vila M, Manrique del Campo A. Tuberculosis pulmonar por *Mycobacterium africanum* en un varón de raza blanca. *Enf Infect Microbiol Clin* 1990; 8: 64.
5. Baril L, Caumes E, Truffot-Pernot FB, Grosset J, Gentilini M. Tuberculosis caused by *Mycobacterium africanum* associated with involvement of the upper and lower respiratorytract, skin and mucosa. *Clin Infect Dis* 1995; 21: 653-655.
6. Frotier J, Eliaszewicz M, Arlet V, Gaudillat C. Les infections à *Mycobacterium africanum*. *Bull Acad Natl Méd* 1990; 174: 29-35.

Réplica

Sr. Director: Hemos leído con mucha atención el artículo de Lázaro-Carrasco et al¹, y nos parece extraordinariamente revelador sobre su experiencia en el trasplante de pulmón. No obstante, nos gustaría realizar una serie de comentarios.

En primer lugar, conviene precisar que el trasplante de pulmón mejora significativamente la calidad de vida, pero no la supervivencia de los pacientes trasplantados respecto de su enfermedad de base²; esto es especialmente cierto en la indicación más frecuentemente aceptada a nivel internacional para el trasplante, que es la EPOC³.

En segundo lugar, no coincidimos con los autores en la preferencia por el trasplante bipulmonar; es cierto que ofrece mejores resultados funcionales en cuanto a FEV₁² (como es lógico), pero no existen diferencias significativas en cuanto a los resultados del test de esfuerzo⁴. Esto, unido a la demanda creciente de órganos⁵ y la prolongación del tiempo de isquemia en el trasplante bipulmonar⁶, nos hace ser partidarios del trasplante unipulmonar en los casos posibles.

Nos llama la atención la presencia de 3 casos fatales asociados a aspergilosis invasiva; en la experiencia del grupo del Barnes-Jewish Hospital de St. Louis, tras 428 trasplan-

TABLA I
Diferenciación entre las distintas especies del complejo *M. tuberculosis*

Pruebas bioquímicas	<i>M. tuberculosis</i>	<i>M. africanum</i>	<i>M. bovis</i>
Niacina	+	var	-
TCH	R	S	S
Nitratos	+	var*	-
Tiacetazona	R	S	R
Pirazinamida	S	S	R
Cicloserina	S	S	R
Ureasa	+	+	+
Pirazinamidasa	+	var	-
Nicotinamidasa	+	var	-

TCH: hidracida de ácido 2-tiofenocarboxílico; var: variable; R: resistente; *biotipo I: reducción de nitratos negativa, biotipo II: reducción de nitratos positiva; (tomada de M.J. Aldea et al¹).