

un tubo de diámetro inadecuado, los movimientos bruscos del paciente, la edad avanzada, grandes lesiones mediastínicas o neoplasias que causen distorsión de la tráquea, malformaciones traqueales y corticoterapia previa^{5,6}. Para el diagnóstico definitivo son necesarios signos radiológicos de sospecha (neumotórax, neumomediastino y enfisema subcutáneo) y confirmación broncoscópica (para precisar la localización y el tamaño de la RT).

A pesar de la excepcional presentación de la RT en el paciente, la presencia de enfisema subcutáneo en el cuello fue orientativa para la realización de una fibrobroncoscopia y la confirmación del diagnóstico. La reparación quirúrgica como es habitual en los casos de roturas transversales⁵ se realizó con sutura absorbible interrumpida, siendo la evolución posterior satisfactoria.

P. García López, E. Fernández Vázquez y A. Cueto Ladrón de Guevara*
Servicio de Neumología. *Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

1. D'Odemont JP, Pringot J, Goncette L, Goenen M, Rodenstein D. Spontaneous favorable outcome of tracheal laceration. *Chest* 1991; 99: 1.290-1.292.
2. Baumgartner F, Sheppard B, De Virgilio C. Tracheal and main bronchial disruptions after blunt chest trauma: presentation and management. *Ann Thorac Surg* 1990; 50: 569-574.
3. Roxburg JC. Rupture of the tracheobronchial tree. *Thorax* 1987; 42: 681-688.
4. Symbas PN, Justicz AG, Ricketts RR. Rupture of the airways from blunt trauma: treatment of complex injuries. *Ann Thorac Surg* 1992; 54: 177-183.
5. Marty-Ané CH, Picard E, Jonquet O, Mary H. Membranous tracheal rupture after endotracheal intubation. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 1.367-1.371.
6. Lobo M, Reinaldo JA, Tamame C, Reinoso F, Girón R. Lesiones traqueobronquiales debidas a procedimientos anestésicos. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1991; 38: 51-54.

Enfermedad respiratoria crónica invalidante y alcoholismo

Sr. Director: Los objetivos del tratamiento de una enfermedad poco reversible como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se basan en mejorar los síntomas, evitando un deterioro progresivo o complicaciones, y la calidad de vida del paciente^{1,2}. Dejar de fumar, el tratamiento farmacológico y la oxigenoterapia, junto a la rehabilitación, son las medidas a las que más se atribuye un aumento de la calidad y expectativa de vida¹. De las extensas normativas publicadas recientemente al respecto, los programas de educación y apoyo psicológico suelen ocupar un pequeño apartado de las mismas y parecen enfocarse a disminuir la disnea con una dedicación y éxito controvertidos, frecuentemente olvidados, a pesar de su importancia en el tratamiento del paciente como ocurrió en nuestro caso^{1,2}.

Paciente de 39 años de edad, ex fumador importante, diagnosticado de enfisema pulmonar severo secundario a un déficit congénito de alfa-1-antitripsina (Pi ZZ). La espirometría demostraba una obstrucción muy severa (FEV₁ = 29%) y, a pesar de un tratamiento sustitutivo con alfa-1-antitripsina, broncodilatador y oxigenoterapia domiciliaria en los últimos 3 años, presentó un empeoramiento progresivo hasta una disnea de pequeños esfuerzos. El paciente rechazó la posibilidad de entrar en un programa de trasplante. Mientras refería mantenerse estable, su esposa acudió a nuestra consulta preocupada por una importante ingesta enólica en los últimos meses, hecho repetidamente negado por el paciente. Con intención de descartar esta posibilidad y para mantener su control, se decidió su ingreso. La exploración física demostraba una frecuencia de 20 respiraciones por minuto, ligero tiraje intercostal, una auscultación respiratoria con una hipofonesis generalizada y ausencia de focalidad neurológica. La bioquímica, hemograma y coagulación eran normales. En la gasometría respirando O₂ (26%) se obtuvieron los siguientes resultados: pH = 7,34 pO₂ = 58 mmHg, pCO₂ = 59 mmHg y saturación de O₂ del 89%. La radiografía era compatible con un atrapamiento aéreo severo. A las 48 h, inició un cuadro de agitación, alucinaciones visuales, desorientación, agresividad y temblores con sudores generalizados compatible con un síndrome de abstinencia, precisando clometiazol intravenoso para su control. El electrocardiograma y electroencefalograma fueron normales. Tras reinterrogatorio, reconoció una ingesta enólica para aliviar sus síntomas de más de 150 g/día en los últimos 6 meses, por lo que inició un programa de apoyo para evitar una recaída que no se ha producido pasados 10 meses.

Nadie duda de la gravedad de una epidemia social como el problema del alcoholismo. Vivimos en un país que ocupa un lugar privilegiado entre los consumidores del mismo, donde es un producto de fácil adquisición y capaz de producir una sedación o euforia tras su ingesta inmediata, con una abstinencia menos pesada que otras drogas^{3,4}. Para un paciente incapacitado por su EPOC como el aquí descrito, donde encontrarse o sentirse bien no depende exclusivamente de unos parámetros numéricos u objetivos, sino del impacto que produce la enfermedad sobre su calidad de vida y de la visión que él tiene de sí mismo, el alcohol podría ser una alternativa ante la falta de apoyo o no superación del conflicto. Pero este efecto placentero contrasta con su relación directa o indirecta con múltiples enfermedades como las neuropsiquiátricas, cardiorrespiratorias o digestivas, destacando la hepatopatía alcohólica, que sería de especial trascendencia en el paciente por su asociación con el déficit de alfa-1-antitripsina y hepatopatía de base. Para su detección precoz y prevención, las encuestas con alusión directa y los marcadores biológicos (VCM, GGT, GOT y GPT) no son siempre definitivos, y es más frecuente que hasta la aparición de problemas mayores pase desapercibida, sobre todo si consideramos el poco conocimiento sobre su tratamiento en ambientes menos sensibilizados como el área neumológica^{3,4}. Para ello insistimos en la necesidad de una búsqueda intencionada, en la

participación de la familia en el seguimiento o en la posibilidad de utilizar de forma rutinaria y continuada distintos tests o encuestas que de forma individualizada permitan analizar no sólo la duración de su vida, sino el valor que tiene ésta y el de sus transformaciones^{5,6}.

M. Haro, A. Núñez y F. Muñoz-Rino
Sección de Neumología.
Hospital General de Albacete.

1. Montemayor T, Alfajeme I, Escudero C, Morera J, Sánchez L. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 1996; 32: 285-301.
2. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, Paoletti P, Gibson J, Howard P et al. Optimal assessment and management of COPD. *Eur Respir J* 1995; 8: 1.398-1.420.
3. Rico J. El consumo de alcohol. *Ann Intern Med* (Madrid) 1995; 12: 521-523.
4. Manresa JM. Alcoholismo: un agujero negro en nuestra formación médica. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 22-23.
5. Cornudella R, Caballero C, López A. Aspectos psicosociales de la enfermedad respiratoria crónica. *Arch Bronconeumol* 1994; 30: 74-79.
6. Sobradillo V, Casan P. Utilidad clínica de la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 197-198.

Sarcoma inducido por radioterapia en el tratamiento de un carcinoma de mama

Sr. Director: El sarcoma inducido tras radioterapia (SIR) en el tratamiento del cáncer de mama es una entidad muy rara, con una incidencia acumulada de 0,2 a los 10 años¹, habiéndose descrito aproximadamente 100 casos en la bibliografía. Esta terrible complicación probablemente esté subestimada dado que requiere un período de latencia y seguimiento largo y quizá porque muchos de estos casos no se han comunicado².

Mujer de 50 años de edad que consultó en julio de 1988 por una tumoración de aproximadamente 6 cm en la mama izquierda. Se realizó una biopsia que correspondía a un adenocarcinoma medular por lo que se completó con una mastectomía radical modificada tipo Patey con vaciamiento axilar.

Recibió irradiación adyuvante con telecobaltoterapia (Theratrón) sobre el lecho de la mastectomía mediante dos campos tangenciales: interno y externo, con 5 fracciones por semana con 2 Gy/fracción, con dosis total de 50 Gy y sobre la cadena mamaria interna mediante un campo anterior directo normalizando el 90% de la dosis a 3 cm de profundidad con idéntico fraccionamiento y con dosis total de 50 Gy. En enero de 1994 aparece una zona de fibrosis en la región parasternal izquierda que se atribuyó a una radiofibrosis tardía. Dos años más tarde la lesión presentaba un crecimiento discreto y producía molestias locales dolorosas. En la radiología de tórax se observaba osteólisis del tercio medio esternal que se confirmó por tomografía com-