

ca como sincrónica, representando el 10 y el 1-2% del total de los tumores pulmonares, respectivamente³. En cuanto a su detección, sigue siendo la radiografía de tórax la exploración que pone inicialmente de manifiesto la presencia de 1, 2 o más tumores pulmonares aunque, en la actualidad, son la FB y la TAC las pruebas que han adquirido el protagonismo en el diagnóstico del CPMP a diferencia de lo que ocurría en los primeros casos recogidos en la bibliografía, en los que el estudio de las piezas de resección quirúrgica o las necropsias permitían llegar a ese diagnóstico. La asociación de dos carcinomas escamosos es lo más habitual y su combinación con otro tipo histológico, como el caso que nos ocupa, le sigue en frecuencia⁴. No es frecuente encontrar estadios tan avanzados en el momento del diagnóstico, siendo los estadios I y II los más frecuentes y por tanto los de mejor pronóstico puesto que son los casos seleccionados para la cirugía⁵. La presentación bilateral es poco habitual siendo llamativa la afectación del mismo segmento (6) de ambos pulmones en nuestro caso. La cirugía mediante resecciones completas económicas de los tumores para preservar la capacidad funcional del individuo es, no en nuestro caso, el mejor tratamiento para estos pacientes⁶ al igual que para el resto de los tumores pulmonares de presentación única.

J. Guillén Antón, A. Sebastián Ariño y K. Abu-Shams*

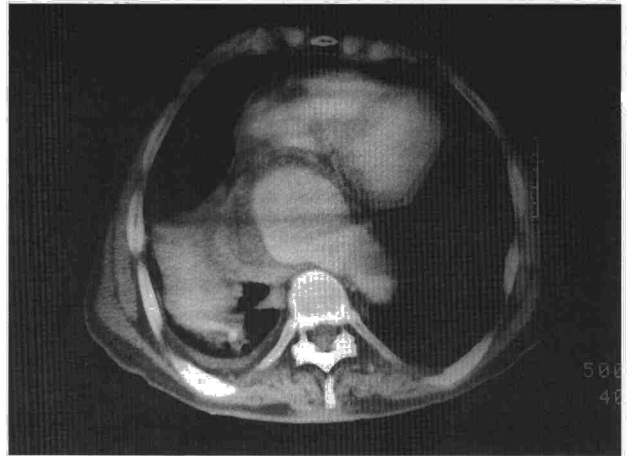
Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. *Servicio de Neumología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

1. Beyreuther H. Multiplicat von carcinomen bei einem fall von sog: "schneeberger" lungenkrebs mit tuberkulose. Virchows Arch 1924; 250: 230-243.
2. Wu SC, Lin ZQ, Xu CW. Multiple primary lung cancers. Chest 1987; 92: 892-896.
3. Pommier RF, Vetto JT, Lee JT, Johnson KM. Synchronous non-small lung cancers. Am J Surg 1996; 171: 521-524.
4. Ferguson MK. Synchronous primary lung cancers. Chest 1993; 103: 398-400.
5. Deschamps C, Pairolo PC, Trastek VF. Multiple primary lung cancers: results of surgical treatment. J Thorac Cardiovasc Surg 1990; 99: 769-778.
6. Zapatero J, Padilla JC, Vidal R, Golpe A, Peñalver R, Córdoba M et al. Tratamiento quirúrgico de los cánceres bronquiales primitivos múltiples. Arch Bronconeumol 1991; 27 (Supl 1): 74.

Hemoptisis recurrente como forma de presentación de un aneurisma sacular de la aorta torácica. Presentación de un caso

Sr. Director: La hemoptisis es un síntoma común en la práctica habitual de especialistas en neumología. Aunque es un hecho muy infrecuente, la disección de un aneurisma de la aorta torácica es una de las causas bien descritas de hemoptisis¹⁻³. Sin embargo, y debido a que la rotura de la aorta torácica es una complicación habitualmente fatal en un corto

Fig. 1. TAC torácica con contraste que demuestra la existencia de un gran aneurisma sacular (8,5 cm), parcialmente trombosado y dependiente de la pared derecha de la aorta torácica descendente. En el lóbulo inferior derecho se observa un gran hematoma adyacente al aneurisma.



período de tiempo, son excepcionales las publicaciones que hacen referencia a su presentación clínica como hemoptisis recurrente^{4,5}.

Un varón de 74 años fue ingresado en nuestro hospital por un cuadro de 20 días de evolución consistente en episodios repetidos de hemoptisis de cuantía inferior a 50 ml. El paciente estaba diagnosticado de insuficiencia renal crónica secundaria a tuberculosis, mal de Pott y HTA. Había sido intervenido quirúrgicamente 3 años antes de un aneurisma aortoabdominal infrarrenal con resección del aneurisma e interposición de un injerto aorto-aórtico. La exploración física a su ingreso mostró una tensión arterial de 95/75, una temperatura de 37,9 °C y palidez mucocutánea. En la auscultación pulmonar se detectó hipoventilación en la base derecha. En la palpación abdominal se apreció una masa pulsátil en la fosa ilíaca izquierda. El hemograma sanguíneo contenía 13.000 leucocitos/mm³; la concentración de Hb era 8,6 g/dl y el VCM 72 fl. La VSG fue de 70 mm en la primera hora. Entre los parámetros bioquímicos destacaron una urea de 127 mg/dl; creatinina: 3,2 mg/dl; FAL: 124 U/l. El estudio de coagulación fue normal. Se realizaron baciloscopias y cultivos de esputo y sangre que resultaron negativos para micobacterias y otros patógenos habituales. En una radiografía de tórax se demostró la existencia de cardiomegalia, una elongación aórtica, calcificaciones en ambos lóbulos superiores y una obliteración del seno cardiofrénico derecho. Se practicó una broncoscopia en la que no se observaron puntos de sangrado activo y sí una gran distorsión bronquial de la pirámide basal derecha con engrosamiento e inflamación inespecífica de la mucosa. La citología fue negativa para células malignas. Se solicitó entonces una TAC torácica con contraste (fig. 1) que demostró la presencia de un gran aneurisma sacular (8,5 cm) de la aorta torácica descendente que contactaba con el lóbulo inferior derecho que, a su vez, estaba ocupado por un hematoma parenquimatoso. Una vez diagnosticada la fistula aortobronquial, el paciente fue enviado a un servicio de cirugía cardiovascular donde se rechazó la posibilidad de una intervención quirúrgica al tener en cuenta las dificultades técnicas que conllevaba y la mala situación clínica basal del paciente. Dada la ausencia de perspectivas tera-

péuticas, se pautó tratamiento sintomático. El paciente falleció 17 días después del ingreso por un episodio de hemoptisis masiva.

El dolor torácico es la manifestación clínica principal de la disección aórtica. Sin embargo, pueden ocurrir disecciones sin dolor⁶ y, en estos casos, el diagnóstico pasa fácilmente desapercibido. Debido a que la rotura de la aorta torácica suele dar lugar a un cuadro agudo y fatal en un corto período de tiempo, su presentación clínica como hemoptisis recurrente ha sido sólo excepcionalmente descrita. Con el objeto de explicar cómo un aneurisma torácico puede provocar episodios repetidos de hemoptisis no masiva, se han argumentado dos posibles mecanismos. El primero⁵ se basa en la compresión del pulmón por el propio aneurisma, que da lugar a un colapso e infección subsiguiente del parénquima, o bien a la erosión de un pequeño vaso sin que exista una comunicación directa entre la aorta y el pulmón. El segundo se define por la formación de una fistula entre el aneurisma aórtico torácico y el propio parénquima pulmonar.

En el caso aquí expuesto, no se pudo demostrar por necropsia la existencia de una fistula aortobronquial, aunque los hallazgos de la TAC fueron compatibles con esta posibilidad. El valor diagnóstico de la TAC con contraste ya aparece remarcado en otros casos publicados^{4,5} y su realización debe ser considerada en la investigación etiológica de una hemoptisis recurrente, particularmente en pacientes ancianos o inestables en los que una arteriografía pueda ser una prueba demasiado agresiva.

L.A. Pérez de Llano*, J.L. Soilán* y V. Armesto**

*Unidad de Neumología. **Servicio de Radiología. Hospital Xeral-Calde. Lugo.

1. Hirst AE, Johns VJ, Kime SW. Dissecting aneurysm of the aorta: a review of 505 cases. Medine (Baltimore) 1958; 37: 217-279.
2. Barbash GI, Solomon A, Reider-Grosswasser Y, Vidne BA, Almog C. Aortic dissection presenting with haemoptysis: diagnostic confirmation with haemoptysis: diagnostic confirmation of dissection and leak by computerized tomography. Heart Lung 1983; 12: 633-635.

3. Prasad A, Shottliff K. Aortic dissection complicated by a mediastinal haematoma and haemoptysis. *Postgrad Med J* 1994; 70: 821-822.
4. Biggemann M, Grosch CA, Hilweg D, Schroder KE. Aortobronchopulmonary fistula following a pulmonary contained aortic rupture in patients with a thoracic aortic aneurysm and severe aortic sclerosis. *Radiologe* 1991; 31: 348-351.
5. Guidetti AS, Pik A, Peer A, Shikar S, Ben-Yaakov D. Haemoptysis as the sole presenting symptom of dissection of the aorta. *Thorax* 1989; 44: 444-445.
6. Coyen S, Litmann D. Painless dissecting aneurysm of the aorta. *N Engl J Med* 1969; 271: 143-145.

Necesidad de reflejar en las conclusiones de los ensayos clínicos las limitaciones y los posibles sesgos en su diseño y evaluación

Sr. Director: Los ensayos clínicos controlados (ECC) son la mejor herramienta existente para demostrar la eficacia y seguridad de un nuevo tratamiento, siendo necesaria su realización previa a la comercialización, con el fin de garantizar su correcto empleo en la práctica médica habitual.

Dado que el principal objetivo de los ECC es incorporar nuevos medicamentos al arsenal terapéutico disponible en clínica, es necesario ser muy prudentes y cautos a la hora de extraer conclusiones, reflejando las limitaciones y los posibles sesgos que se hayan podido cometer en su diseño, realización y evaluación.

El estudio publicado recientemente en su Revista por Vendrell et al¹, cuyos objetivos eran comparar la estabilidad clínica y funcional, los efectos secundarios y la dosis requerida de dos grupos de teofilinas, es una buena ocasión para discutir sobre lo anteriormente descrito, ya que los autores no citan ni discuten en ningún momento las limitaciones del estudio, ni los posibles sesgos derivados de la metodología empleada, con lo cual es difícil poder sacar conclusiones totalmente válidas.

En primer lugar, en ningún momento se han expuesto las posibles limitaciones e inconvenientes de la utilización de ECC con un diseño cruzado, como son el efecto período (cambios producidos en la enfermedad entre el primer y el segundo período del estudio), y especialmente el efecto residual (en el cual el primer tratamiento puede interactuar con el segundo tratamiento, enmascarando o aumentando su efecto farmacológico), máxime cuando se está evaluando medicamentos con una semivida plasmática larga, como en este caso^{2,3}. Para evitar este problema, se suele recomendar realizar un período de lavado entre la administración de los dos tratamientos.

Con todo, los ECC con diseño cruzado son deseables y adecuados en ciertas circunstancias (al aumentar la sensibilidad y requerirse un tamaño muestral menor), como en los ECC en fase 1 con voluntarios sanos, estudios de bioequivalencia y de biodisponibilidad, ECC en enfermedades de baja prevalencia y estudios de búsqueda de dosis en ciertas

patologías⁴; en este estudio, la fiabilidad y validez de los resultados hubieran sido mayores si se hubiera realizado un ECC con grupos paralelos, con un mayor tamaño muestral y con un seguimiento más largo de la patología en estudio. En cualquier caso, los autores deberían haber comentado por qué se escogió esta metodología (y no otra) en algún apartado del artículo.

En segundo lugar, previo a la realización del estudio, no consta que se realizara una predeterminación del tamaño muestral necesario para que éste tuviera suficiente poder estadístico. Por este motivo, el hecho de no haber encontrado diferencias significativas en la evolución clínica (medido a través del FEV₁) puede ser debido a que realmente no existen, o a que no se hayan podido detectar con este estudio (pero en realidad sí existan) debido al error beta (falsos negativos) derivado del reducido tamaño muestral⁵.

En tercer lugar, hubiera sido interesante haber conocido el curso temporal de la necesidad (número de inhalaciones por día) de los betamiméticos y corticoides por vía inhalatoria, así como el consumo de corticoides vía oral durante las dos fases del estudio. Estos dos datos, aunque de forma indirecta, probablemente hubieran ayudado a evaluar la eficacia real de ambos tratamientos.

En cuarto lugar, la apreciación y estimación realizada por los autores, en relación a los acontecimientos adversos (AA) aparecidos en el estudio, son poco rigurosas. En el grupo de tratamiento A (teofilina retardada de 24 h), 13 sujetos presentaron algún tipo de AA, y además 3 individuos presentaron una agudización del asma, mientras que en el grupo de tratamiento B (teofilina retardada de 12 h), sólo 4 casos mostraron AA y solamente un paciente tuvo una agudización que requirió tratamiento adicional. Aunque las diferencias no son estadísticamente significativas, está claro que es sólo cuestión de incrementar el tamaño de los grupos en estudio para que lo sean.

Si queremos que la realización de ECC sirva para mejorar la calidad asistencial ofrecida a los pacientes y optimizar el uso de los medicamentos, es necesario ser muy estrictos en su diseño, ejecución y evaluación. En este sentido, seguir las listas guía diseñadas para elaborar protocolos de ECC⁶ y someter el estudio que va a realizarse a evaluación por el comité ético y de investigación clínica del hospital pueden ser de gran ayuda a la hora de elaborar y conducir ECC metodológicamente correctos.

J. Soto

Médico especialista en Farmacología Clínica.
Farmacia & Upjohn

1. Vendrell M, Muñoz X, De Gracia J, Pou L, Morell F, Auguera A et al. Teofilinas de liberación sostenida de 12 y 24 horas. Estudio comparativo. *Arch Bronconeumol* 1996; 32: 397-402.
2. Fleiss JL. A critique of recent research on the two-treatment crossover design. *Controlled Clin Trials* 1989; 10: 237-243.
3. Armitage P. Should we cross off the crossover? *Br J Clin Pharmacol* 1991; 32: 1-2.
4. Jones B, Kenward MG. Design and analysis of crossover trials. Londres: Chapman and Hall, 1989.

5. Carné X, Moreno V, Porta M. El cálculo del número de pacientes necesarios en la planificación de un estudio clínico. *Med Clin (Barc)* 1988; 92: 72-77.
6. Sacristán JA, Soto J, Galende Y. Evaluación crítica de ensayos clínicos. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 780-787.

Teofilinas de liberación sostenida de 12 y 24 horas. Estudio comparativo

Sr. Director: Hemos leído con detenimiento los comentarios del Dr. Soto referentes a nuestro artículo¹ y quisiéramos hacer las siguientes observaciones. En primer lugar, queremos agradecer el comentario, que asumimos en su totalidad, en relación a la necesidad de someter los estudios de investigación clínica a la evaluación del comité ético y de investigación del hospital, con el fin de garantizar la calidad asistencial ofrecida a los pacientes y la correcta metodología de la investigación. Aunque no se especificó en el artículo, el protocolo de estudio fue remitido para su evaluación al Comité Ético y al Comité de Investigación de nuestro hospital y aprobado con fecha de enero de 1994, copia del cual remitimos al departamento editorial. En segundo lugar, hemos de lamentar la inexactitud del Dr. Soto cuando afirma que nuestro estudio "es una buena ocasión para discutir sobre lo anteriormente descrito" y esto último se refiere a que "el principal objetivo de los ECC es incorporar nuevos medicamentos al arsenal terapéutico" y que éstos "son la mejor herramienta existente para demostrar la eficacia y seguridad de un nuevo tratamiento, siendo necesaria su realización previa a la comercialización, con el fin de garantizar su correcto empleo en la práctica médica". Naturalmente que estamos de acuerdo con todas esas afirmaciones; sin embargo, Soto debería citar y discutir las limitaciones de sus comentarios y los sesgos derivados de la metodología empleada en su crítica. Nuestro estudio no es un ECC con el objetivo de incorporar un nuevo medicamento al arsenal terapéutico ni para demostrar la eficacia y seguridad de un nuevo tratamiento previo a su comercialización, en cuyo contexto ha pretendido incluirlo para hacer sus comentarios. Nuestro estudio compara, en una población concreta de pacientes asmáticos que seguían tratamiento con teofilinas, distintas formulaciones de un mismo principio activo (teofilina anhidra) que dan lugar a diferentes semividas plasmáticas, ya disponibles en el mercado, cuyos ECC ya han demostrado su eficacia y seguridad^{2,4}, y cuya utilización ha sido aprobada por las agencias estatales evaluadoras de medicamentos de los países correspondientes.

En tercer lugar, creemos adecuado para nuestro propósito (y así lo consideró en su momento nuestro Comité de Investigación) el diseño del estudio empleado, el cual está ampliamente descrito en el apartado "Material y métodos", y que, como cualquier otro diseño de investigación, los resultados derivados del mismo deben evaluarse teniendo en cuenta los pros y contras de la metodología utilizada⁵. Nuestra única conclusión fue que "las teofilinas retardadas de 24 h producen a las mismas dosis que las convencionales de 12 h