



mayor número de pacientes (quizá buscando grupos homogéneos a través de estratificaciones por variables de interés a priori como edad, sexo, comorbilidad, etc.) e intenten minimizar aquellos factores asociados a la técnica de medición que influyen en su variabilidad.

La validez de las técnicas isotópicas en la predicción de la pérdida de funcionalismo pulmonar tras una neumonectomía es aceptada universalmente. En las conclusiones del trabajo simplemente afirmamos que a pesar del escaso número de pacientes y de la dispersión de alguno de los datos encontramos esta técnica fiable en nuestro medio.

J.M. Izquierdo

Sevicio de Cirugía Torácica.
Hospital de Cruces. Baracaldo.
Vizcaya.

1. Chinn S. The assessment of methods of measurement. *Statistics in Medicine* 1990; 9: 351-362.
2. Daniel WW. *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences*. Singapore: John Wiley & Sons, 1991.
3. Kramer FS, Feinstein AR. Clinical Biostatistics LIV. The biostatistics of concordance. *Clin Pharmacol Ther* 1981; 29: 111-123.

Síndrome nefrótico paraneoplásico y carcinoma broncogénico

Sr. Director: Después de leer con interés la Carta al director recientemente publicada en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA donde sus autores, Gullón et al¹, presentan 2 casos de síndrome nefrótico (SN) como manifestación inicial de un carcinoma broncogénico (CB), creemos que es necesario realizar unas breves puntualizaciones.

La primera conexión entre neoplasia y enfermedad renal manifestada como SN fue sugerida en 1922 por Galloway². Cuarenta años más tarde, Lee et al³ presentaban el primer estudio clínico-patológico donde claramente se recogía la asociación entre estas dos entidades. En dicho trabajo, de 101 pacientes adultos con SN seguidos durante 10 años, 11 (10,9%) presentaron alguna neoplasia maligna (en todos los casos se trató de carcinomas). La prevalencia actual de la enfermedad renal paraneoplásica es desconocida. Probablemente sea bastante baja, aunque sería mayor si se tuviera en cuenta la enfermedad subclínica⁴. A pesar de esta baja frecuencia en términos absolutos, la asociación de CB y SN no es poco habitual. De hecho, son los carcinomas de pulmón, junto con los de estómago, mama y colon, los que más frecuentemente se asocian a enfermedad glomerular paraneoplásica, principalmente a glomerulonefritis membranosa⁵.

La reunión de estas dos entidades, SN y cáncer, tiene otros aspectos de especial interés. En primer lugar, la lesión renal puede preceder en meses e incluso años al descubrimiento, hasta en las dos terceras partes de los

casos, de una neoplasia subyacente³. Por otra parte, el tratamiento exitoso del tumor puede conllevar la remisión del SN, siendo así que la reaparición de éste debe despertar la sospecha de una recidiva tumoral⁶.

Finalmente, como ya sugerían Lee et al³ en 1966, "cualquier paciente adulto con SN debe ser cuidadosa y repetidamente estudiado en búsqueda de una posible neoplasia oculta".

J.F. Navarro y C. Mora

Servicio de Nefrología.
Hospital Nuestra Señora de Candelaria.
Santa Cruz de Tenerife.

1. Gullón JA, Riesgo C, Rubinos G. Síndrome nefrótico paraneoplásico en carcinoma epidermoide de pulmón. *Arch Bronconeumol* 1996; 32: 52-53.
2. Galloway J. Remarks on Hodgkin's disease. *Br Med J* 1922; 2: 1.201.
3. Lee JR, Yamamuchi H, Hopper J Jr. The association of cancer and nephrotic syndrome. *Ann Intern Med* 1966; 64: 41-51.
4. Davison AM, Thomson D. Malignancy-associated glomerular disease. En: Cameron JS, Davison AM, Grünfeld JP, Kerr D, Ritz E, eds. *Nueva York: Oxford Textbook of Clinical Nephrology*. Oxford University Press, 1992; 475-486.
5. Adler SG, Cohen AH, Glasscock RJ. Secondary glomerular diseases. En: Brenner BM, ed. *The Kidney*. Filadelfia: Saunders, 1996; 1.498-1.596.
6. Glasscock RJ. Secondary membranous glomerulonephritis. *Nephrol Dial Transplant* 1992; 7 (Supl 1): 64-71.

Réplica

Sr. Director: Hemos leído con sumo agrado e interés las puntualizaciones realizadas por Navarro et al a nuestra carta "Síndrome nefrótico paraneoplásico en carcinoma epidermoide de pulmón" publicada en su revista. En primer lugar queremos resaltar que dichas matizaciones nos parecen correctas y adecuadas, no obstante nuestra intención original era reflejar lo poco frecuente que es la asociación entre síndrome nefrótico (SN) clínico y carcinoma broncogénico (CB). Dicha asociación sería aún menos habitual en el caso del CB epidermoide¹, ya que la estirpe histológica más vinculada es el carcinoma anaplásico de célula pequeña¹⁻³. Estamos plenamente de acuerdo en que la relación entre ambas entidades sería más habitual si se considerase la enfermedad subclínica.

Por otra parte los carcinomas que más frecuentemente se asocian con glomerulonefritis paraneoplásica son los de pulmón, estómago y colon, pero en diversas series se refleja que la presencia de síndrome nefrótico es más habitual en el caso de enfermedad de Hodgkin⁴⁻⁶. Coincidimos con Navarro et al. como ya se refleja en nuestra carta, en que es posible la

remisión del SN con tratamiento adecuado, así como en la necesidad de despistar la presencia de neoplasia subyacente ante un SN de etiología no clara.

J.A. Gullón, G. Rubinos y C. Riesgo

Servicio de Neumología.
Hospital Covadonga
(Hospital Central de Asturias). Oviedo.

1. Loughridge LW, Lewis MG. Nephrotic syndrome in malignant disease of non-renal origin. *Lancet* 1971; 6: 256-259.
2. Boon ES, Vrij AA, Nieuwhof C, Van Noord JA, Zeppenfeldt E. Small cell lung cancer with paraneoplastic nephrotic syndrome. *Eur Respir J* 1994; 7: 1.192-1.193.
3. Higgins MR, Randall RS, Still JWS. Nephrotic syndrome with oat cell carcinoma. *Br Med J* 1974; 3: 450-451.
4. Gagliano RG, Costanzi JJ, Beathard GA, Sarles HE, Bell JA. The nephrotic syndrome associated with neoplasia: an unusual paraneoplastic syndrome. *Am J Med* 1976; 60: 1.027-1.029.
5. Fer MF, McKinney TD, Richardson RL, Hande KR, Oldham RK, Greco FA. Cancer and kidney: renal complications of neoplasms. *Am J Med* 1981; 71: 704-718.
6. Ellison MF, Gomella L, Cameron RB. Urological problems and emergencies. En: Cameron RB, ed. *Practical Oncology*. Prentice: Hall International Inc., 1994; 60-64.

Sarcoidosis con derrame pleural bilateral y afectación endobronquial. Presentación de un caso

Sr. Director: La sarcoidosis pleural se considera un hecho infrecuente^{1,2}. El derrame pleural es la manifestación más común y se detecta en un 30% de los casos³; ya que, aunque la pleura parece verse afectada por granulomas hasta en un 5%, la presencia de derrame o manifestaciones clínicas es menos común⁴. El derrame pleural sarcoideo (DPS) puede tener características de exudado o trasudado, acontece con más frecuencia durante los estadios 2 y 3 de la enfermedad y suele evolucionar satisfactoriamente con tratamiento esteroide⁵. La afectación bilateral sólo ocurre en un tercio de los casos. A continuación presentamos un caso de sarcoidosis que tuvo su inicio con un derrame pleural bilateral acompañado de afectación ganglionar hilio-mediastínica importante y endobronquial. Se documentó el origen sarcoideo del derrame mediante biopsia pleural ciega y por videotoroscopia.

Varón de 63 años sin antecedentes de interés que consultó por un cuadro constitucional de 2 meses de evolución, tos y disnea progresiva. El examen físico reveló escasos crepitantes en zona posterobasal izquierda y un soplo sistólico II/VI en ápex. El hemograma, bioquímica general, sedimento urinario y estudio de coagulación eran normales, salvo una fosfatasa alcalina de 355 U/l y una GGT de 67 U/l. Los gases basales mostraban una PaO₂ de 75 mmHg y una PaCO₂ de 31 mmHg y la espirometría forzada