



6. Barbé F, Togores B, Rubí M, Pons S, Mai-mó A, Agustí AG. Failure of non-invasive ventilatory support to facilitate recovery from acute respiratory failure in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 1996. En prensa.

Contestación a la carta de los Dres. F. Barbé, B. Togores y A.G.N. Agustí

Sr. Director: La conclusión del artículo de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA¹ que ha motivado la carta de los doctores Barbé, Togores y Agustí estaba precedida por esta puntualización: "Conscientes de la necesidad de estudios más amplios y del inconveniente que supone carecer de grupo control..." Así pues, desde el primer momento hemos reconocido el defecto metodológico que ellos subrayan.

Sin embargo, a la vista de la notable diferencia existente entre la PaCO₂ inicial de los enfermos de nuestra serie (77 mmHg de media) y la de los suyos tratados con BIPAP (ligeramente inferior a 55 mmHg, según la figura que aparece en la carta), no nos parece correcto que estos autores se sirvan de sus resultados² para cuestionar el efecto terapéutico real que la ventilación no invasiva (VNI) tuvo en nuestros enfermos¹. Si es importante tener un grupo control adecuado, como ellos señalan, no lo es menos reservar la validez de las conclusiones halladas a la situación experimental en la que se han obtenido.

Seguimos opinando que, aunque persistan todavía cuestiones importantes por resolver respecto a su forma y tiempo de aplicación, si se eligen los enfermos adecuados (que, entre otras características, deben tener una mayor hipoventilación que los de Barbé et al²) y se dispone de los recursos humanos y materiales necesarios³, la VNI es un procedimiento terapéutico notablemente eficiente en el tratamiento de la EPOC descompensada, no sólo en la UCI⁴, sino también en una sala de neumología⁵.

E. Servera, M. Pérez y J. Marín
Servicio de Neumología.

Hospital Clínico Universitario. Valencia.

1. Servera E, Vergara P, Marín J et al. Ventilación asistida vía máscara nasal en pacientes hospitalizados en una sala de neumología por descompensación de su obstrucción crónica al flujo aéreo. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 339-402.
2. Barbé F, Togores B, Rubí M et al. Failure of non-invasive ventilatory support to facilitate recovery from acute respiratory failure in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 1996. En prensa.
3. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Crit Care Med* 1995; 152: 77-120.
4. Brochard L, Mancebo J, Wysocki M et al. Noninvasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 1995; 333: 817-822.
5. Servera E, Pérez M, Marín J et al. Noninvasive nasal mask ventilation beyond the ICU for an exacerbation of chronic respiratory insufficiency. *Chest* 1995; 108: 1.572-1.576.

Seudotumor pulmonar con extensión mediastínica por *Actinomyces*

Sr. Director: La actinomicosis torácica (AT) es una enfermedad de difícil diagnóstico dada su baja frecuencia, variedad en sus formas de presentación clínica y dificultad en el aislamiento microbiológico del agente etiológico¹. Comunicamos el caso de un paciente que presentaba una masa en el lóbulo superior izquierdo (LSI) con extensión a mediastino, que requirió el examen histológico de toda la pieza quirúrgica para el diagnóstico de actinomicosis. Se trata de un varón de 46 años, fumador y bebedor importante con criterios de bronquitis crónica. Acude a otro hospital por cuadro de una semana de evolución de dolor en hemitórax izquierdo irradiado al hombro y disnea a moderados esfuerzos. En la exploración física no se apreciaban datos de interés, salvo la auscultación de roncus aislados. Analféricamente no presentaba alteraciones. En la radiografía de tórax se objetivó una opacificación de bordes irregulares en el segmento anterior del LSI. La broncoscopia fue informada como normal. Los estudios microbiológicos y citológicos de esputo resultaron negativos. En la TAC torácica (fig. 1) se objetivaba una opacidad nodular de 5 cm de diámetro en LSI, de contorno irregular en contacto con la grasa mediastínica. Con la sospecha de carcinoma pulmonar es remitido a la Sección de Cirugía Torácica en nuestro centro. Se realizó toracotomía izquierda, objetivándose un nódulo pulmonar en LSI de 5 cm de diámetro que se extiende a la grasa mediastínica. La biopsia intraoperatoria fue informada comoseudotumor inflamatorio pulmonar. Se realizó resección mediastínica y atípica en LSI. En el estudio anatomopatológico de la pieza completa se observaron la presencia de numerosas colonias de *Actinomyces* spp., rodeados de áreas abscesificadas, con abundantes polinucleares neutrófilos y más periféricamente tejido inflamatorio en fase aguda y crónica con abundantes fibroblastos y colágeno hialinizado, entremezclados con linfocitos, plasmocitos, histiocitos y macrófagos espumosos. Desde

entonces el paciente permanece asintomático.

La AT representa un 15-25% de todos los casos de actinomicosis^{1,3}. La especie hallada más frecuentemente es *A. israelii*, aunque en muchos casos ésta no se llega a determinar. Son gérmenes habituales en la cavidad orofaríngea. El mecanismo patogénico habitual es la aspiración de los mismos, produciéndose una inflamación local, que puede después extenderse a pleura, mediastino y pared torácica^{1,2,4}. Suele presentarse en varones de edad media⁴, siendo factores predisponentes frecuentes el etilismo crónico, tabaquismo, enfermedad obstructiva crónica y mala higiene oral^{1,3,4}, factores que encontramos en el paciente. Las manifestaciones clínicas son variables, desde un curso indolente o hallazgo radiológico casual, hasta cuadros agudos con fenómenos sépticos^{1,3,4}. Radiológicamente puede ser indistinguible de otros procesos neumónicos, lesiones cavitadas con o sin extensión a la pared torácica o afectación pleural¹⁻⁶. El diagnóstico requiere el aislamiento del germen en muestras estériles (lavado bronquioalveolar o líquido pleural) o tejido pulmonar obtenido mediante punción transtorácica, biopsia transbronquial o biopsia abierta¹⁻⁶. La infrecuencia de esta entidad en nuestro medio, la similitud con el carcinoma pulmonar y la descripción previa de coexistencia de éste con actinomicosis³ hacen que sea frecuente llegar al mismo a partir de un examen exhaustivo de la lesión tras su extirpación, incluso con un diagnóstico intraoperatorio distinto, como ocurrió en el caso comentado. Concluimos, al igual que otros autores¹, que a pesar de la baja frecuencia de la AT en nuestro medio, ante una afectación pleuropulmonar de curso subagudo o tórpido, parece aconsejable realizar las técnicas diagnósticas y cultivos de las muestras en medios anaerobios para descartar dicha enfermedad, precisando la práctica de la cirugía en muchas ocasiones para establecer el diagnóstico.

A. Fernández Villar, R. Roca Serrano*
y **L. Piñeiro Amigo**

Servicio de Neumología. *Sección Cirugía Torácica. Complejo Hospitalario Xeral-Cies. Vigo.

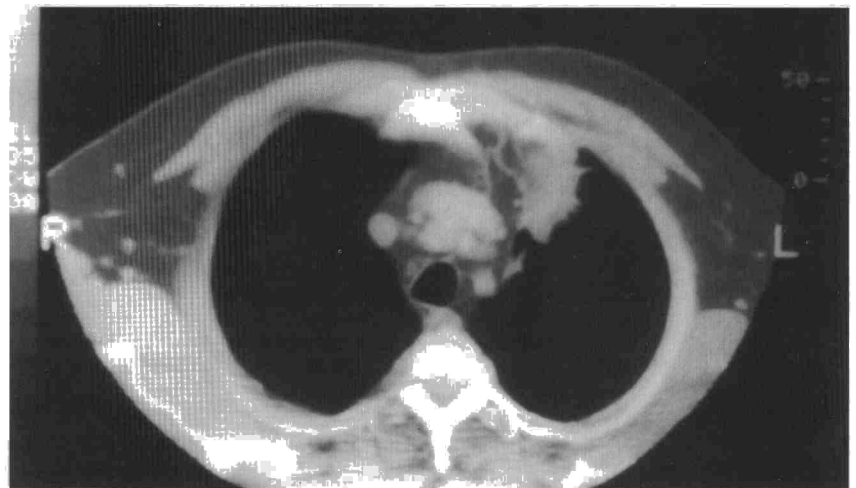


Fig. 1. TAC torácica que muestra una opacidad nodular en LSI de contorno irregular en contacto con la grasa mediastínica.



1. Ibáñez-Nolla J, Cataralá J, Cucurrull J, Corbella X, Oliveras A, Curull V et al. Actinomicosis torácica. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1993; 11: 433-436.
2. Slade PR, Slessor BV, Soutgate J. Thoracic actinomycosis. *Thorax* 1973; 28: 73-85.
3. Mateos A, Monte R, Ibáñez D, Santiago J, Rabuñal R, Soilán JL. *Actinomices* como etiología de empiema. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 293-295.
4. Kwong JS, Müller NL, Godwing JD, Aberle D, Grymalosky M. Thoracic actinomycosis: CT finding in eight patients. *Radiology* 1992; 183: 189-192.
5. Kinner WJM, MacFarlane JT. A survey of thoracic actinomycosis. *Respir Med* 1990; 84: 57-59.
6. Villegas AH, Sala CA. Pulmonary actinomycosis of pseudotumoral form. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1965; 49: 677-683.

Calidad de vida en neumología

Sr. Director: La publicación en fecha reciente y en un breve intervalo de tiempo de varios editoriales y artículos originales en *ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA* y *The European Respiratory Journal* sobre la medición de la calidad de vida en neumopatías crónicas me ha llevado a plantearme varios interrogantes que, a mi modo de ver, deberán ser resueltos antes de su uso generalizado:

Ya está implantada su utilización en ensayos clínicos^{1,2}, pero, aunque se recomiendan también en la clínica cotidiana¹, existen varios problemas de índole práctica, sobre todo económica, que pueden dificultar su generalización. En primer lugar, su aplicación supone un tiempo adicional, del que no siempre se puede disponer en la práctica diaria, en la que se busca sacar el máximo rendimiento al tiempo. Se tarda en aplicar estos cuestionarios entre los 10 minutos del AQLQ de Marks et al³ (aunque la valoración del paciente por parte de un psicólogo eleva este tiempo a 30 minutos) y los 30 del CRDQ de Guyatt et al⁴, pasando por los 15 minutos del AQLQ de Juni-

per et al⁵. En mi limitada experiencia (con versiones no validadas del AQLQ de Guyatt) el tiempo que tardaba en pasar un cuestionario oscilaba entre 45 y 60 minutos, siempre ayudando y dirigiendo al paciente. En los estudios no se hace mención al nivel sociocultural de los enfermos, aunque otro factor que puede incidir en la comprensión, como es la edad, sí aparece reflejado, de modo que en 2 estudios hay un límite de edad de 70 años^{3,4} y en uno de ellos la edad media es de 42³. Además se trata de sujetos de un área urbana^{3,5}. Cabe preguntarse si se modifica el tiempo que se tarda en aplicar estos cuestionarios a pacientes con bajo nivel cultural (e incluso analfabetos) o con deficiencias sensoriales (hipoacusia o trastornos de visión), a individuos mayores y a personas de un hábitat rural.

En este mismo sentido, el hecho de no haberse demostrado un beneficio derivado de la aplicación sistemática de estos instrumentos de medida¹, junto al factor tiempo señalado anteriormente, sugiere que, además de necesitarse instrumentos fáciles de administrar e interpretar, comprensibles y aceptables¹, se precisa seleccionar a qué pacientes se van a aplicar. ¿Deben ser los sujetos que tienen asma leve, moderada o grave, o los que tienen asma no controlable, o los que poseen un nivel cultural alto/medio, o un nivel bajo?

Relacionado a su vez con los comentarios anteriores, se debe plantear quién debe pasar estos cuestionarios. ¿Debe ser el médico que atiende al paciente, o un médico que se dedique en exclusiva a aplicar estos cuestionarios, o el personal de enfermería, o un psicólogo clínico, o deben ser escalas autoaplicables? En el caso de que no sean autoaplicables, ¿cuál debe ser el papel de la persona que los aplique: simple auxiliar del paciente, o director del proceso? Sea como sea, se debe tener en cuenta que exige un gasto adicional de tiempo, lo que implica un coste de personal y, por ello, económico.

Hay algunos aspectos que pueden ser importantes en la percepción de la enfermedad, como son la incomodidad sufrida por el paciente debido a la expectoración, y la angustia que para algunos enfermos supone el he-

cho de tener que tomar una medicación de manera regular porque realmente les hace sentirse enfermos, o la preocupación por tener que tomar corticoides inhalados o sistémicos⁶. De los 3 cuestionarios referidos³⁻⁵, tan sólo en uno de ellos⁵ figura un ítem que podría estar relacionado con la expectoración y, en otro³, figura uno relacionado con el tratamiento. Considero que se debería estudiar el impacto de estos factores.

Sería interesante disponer de respuestas a estos interrogantes por parte de autores con suficiente experiencia. Igualmente sería deseable disponer de instrumentos sensibles y que guarden una buena correlación con los hallazgos clínicos y fisiológicos².

A. Díez Herranz

Unidad de Neumología. Centro Médico Paracelso. Valladolid.

1. Sanjuàns C, Alonso J. Medir la calidad de vida relacionada con la salud en neumología: para qué y cómo. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 199-201.
2. Jones PW. Quality of life measurement in asthma. *Eur Respir J* 1995; 8: 885-887.
3. Perpiñá M, Belloch A, Pascual LM, De Diego A, Compte L. Calidad de vida en el asma: validación del cuestionario AQLQ para su utilización en población española. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 211-218.
4. Güell R, Casan P, Sengenís M, Sentís J, Morante F, Borrás JM et al. Traducción española y validación de un cuestionario de calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 202-210.
5. Sanjuàns C, Alonso J, Sanchís J, Casan P, Broquetas JM, Ferrie PJ et al. Cuestionario de calidad de vida en pacientes con asma: la versión española del Asthma Quality of Life Questionnaire. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 219-226.
6. Pride D, Hobbs J, Watkins S, Duerden M. An educational evening "Steroids in asthma". Attitudes of participants and can they be affected? *Eur Respir J* 1995; 8 (Supl 19): 217S.