



predominio subpleural y el desarrollo de nódulos hemorrágicos y microabscesos con tendencia a la formación de quistes y cavidades. Aunque la PA comparte estas peculiaridades con los gérmenes mencionados no se refiere en la bibliografía consultada su asociación a NBE, a excepción de un caso en que éste fue secundario a barotrauma por ventilación mecánica³.

Se ha referido que la evolución de los NBE es fatal hasta en un 30% de los casos; sin embargo el pronóstico es excelente en los pacientes con pulmones normales o sólo con *blebs* subpleurales¹. La mortalidad no se relaciona tanto con las complicaciones derivadas del NBE como con la naturaleza de la patología asociada, con mucha frecuencia tumoral. Otro factor implicado en la respuesta al tratamiento del NBE es el volumen del mismo, que habitualmente es inferior al 50%, habiéndose descrito raramente colapsos completos de uno de los 2 pulmones y sólo excepcionalmente neumotórax bilaterales masivos⁶. Con tratamiento conservador la evolución inmediata es desfavorable en NBE de tamaño moderado-grande pero muy buena en NBE pequeños^{1,3}. En nuestro caso, a pesar de la gravedad de la patología subyacente, la respuesta favorable a la antibioterapia y el pequeño volumen de ambos neumotórax condicionaron una rápida reexpansión de los mismos.

Por todo ello, a la hora de adoptar una actitud terapéutica, la valoración individualizada del tamaño del neumotórax por un lado, y de la patología asociada por otro, deben servir como guías.

M.L. Alemany Francés, S. Romero Candeira y C. Fernández Aracil
Servicio de Neumología. Hospital General Universitario. Alicante.

1. Graf-Deuel E, Knoblauch A. Simultaneous bilateral spontaneous pneumothorax. *Chest* 1994; 105: 1.142-1.146.
2. Coker RJ, Moss F, Peters B, McCarty M, Nieman R, Claydon E et al. Pneumothorax in patient with AIDS. *Respir Med* 1993; 87(1): 43-47.

3. Wait MA, Dal Nogare AR. Treatment of AIDS-related spontaneous pneumothorax. *Chest* 1994; 106: 693-696.
4. Gruden JF, Stern EJ. Bilateral pneumothorax after percutaneous transthoracic needle biopsy. Evidence of incomplete pleural fusion. *Chest* 1994; 105: 627-628.
5. Fraser RG, Paré JP, Pare MD, Fraser RS, Genereux GP. Infectious disease of the lung. En: *Diagnosis of the disease of the chest* (3.ª ed.). Filadelfia: WB Saunders Company, 1989; 858.
6. Peabody CN, Lubke BW. Acute massive bilateral pneumothorax. *N Engl J Med* 1963; 269: 259-260.

Fístula broncoesofágica y broncolitiasis

Sr. Director: En relación con la Nota Clínica firmada por J. Carvajal Balaguera et al (*Archivos de Bronconeumología* 1995; 31: 184-187), deseamos hacer las siguientes puntualizaciones:

Los autores indican en su artículo que "el tratamiento de elección de la fístula broncoesofágica, una vez realizado el diagnóstico etiológico y tratado convenientemente, es quirúrgico" (p. 186). En primer lugar, quisiéramos señalar que en el caso que nos ocupa no se llega a establecer un diagnóstico etiológico, sino de sospecha, puesto que en ninguna de las muestras analizadas se ha podido aislar el bacilo tuberculoso, no habiendo sido tampoco posible extirpar las adenopatías mediastínicas para su posterior análisis bacteriológico, procedimiento este último con el cual algunos autores^{1,2} consiguen establecer la etiología. Por otra parte, y en lo que al tratamiento quirúrgico de la fístula se refiere, si bien hace años se consideraba prácticamente como el tratamiento de elección, la experiencia acumulada hasta el momento actual parece indicar que, si se establece un diagnóstico

de enfermedad tuberculosa, la evolución únicamente con tratamiento antituberculoso es favorable en la mayoría de los casos, observándose el cierre completo de la fístula³⁻⁵.

En otro orden de cosas, nos llama la atención las dosis recomendadas para la rifampicina y el etambutol, ya que aquéllas no son las habitualmente empleadas en el tratamiento de la tuberculosis. Finalmente, pensamos que la sustitución del etambutol por la pirazinamida permitiría reducir la duración del tratamiento antituberculoso, con igual eficacia y mayor facilidad para su cumplimiento⁶.

B. Díaz García, L. Molinos Martín y G. Rubinos Cuadrado
Servicio de Neumología. Hospital Covadonga. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

1. Cahill BC, Harmon KR, Shunway SJ, Mickman JK, Hertz MI. Tracheobronchial obstruction due to silicosis. *Am Rev Respir Dis* 1992; 145: 719-721.
2. Raghu G, Dillard D. Esophagobronchial Fistula and Mediastinal Tuberculosis. *Ann Thorac Surg* 1990; 50: 647-649.
3. Álvarez Moure MA, Fernández Latorre F, Beringola Beringola P, García Alonso Y, Fernández Mariño B. Fístula esofagobronquial de origen tuberculoso. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 1989; 76: 63-65.
4. Im JG, Kim JH, Han MC, Kim CW. Computed Tomography of Esophagomediastinal Fistula in Tuberculosis Mediastinal Lymphadenitis. *J Comput Assist Tomogr* 1990; 14: 89-92.
5. Wigley FM, Murray HW, Mann RB, Saba GP, Kashima H, Mann JJ. Unusual manifestation of Tuberculosis: TE Fistula. *Am J Med* 1976; 60: 310-314.
6. Vidal R, Rey R, Espinar A, March P, Melero C, Pina JM, Sauret J. Normativa sobre tratamiento y retratamiento de la tuberculosis. Recomendaciones SEPAR. Ediciones Doyma, S.A. Barcelona 1995; N.º 17:16.