

Neumonitis intersticial usual y virus de la hepatitis C

Sr. Director: Se ha propuesto una supuesta implicación viral en la patogénesis de la fibrosis pulmonar idiopática por muchos autores. Hamman y Rich, cuando descubrieron esta enfermedad, ya pensaron que una infección viral podría estar relacionada con esta patología¹. Desde entonces muchos han sido los estudios que han negado o afirmado tal relación²⁻⁴. Se presenta el caso de una paciente que asoció neumonitis intersticial usual con el virus de la hepatitis C.

Paciente de 53 años de edad, sin hábitos tóxicos, ama de casa, con antecedentes de HTA controlada con dieta, intervenida de hemorroides, fisura anal y de quiste epidérmico en región preauricular izquierda y que no había sido nunca transfundida. Presentaba una clínica de 8 meses de evolución consistente en disnea de esfuerzo progresiva, tos seca y algún episodio de expectoración hemoptoica aislado, no relata clínica articular ni ninguna otra sintomatología que sugiera enfermedad sistémica. En la exploración destaca crepitantes en un tercio inferior de ambos hemitórax. El resto fue anodino. La radiografía de tórax mostró patrón reticulonodular de predominio basal y bilateral. El ECG fue normal. En la analítica se obtuvieron los siguientes resultados: hemograma normal; VSG, 12; GOT, 80 (normal, 5-25); GPT, 91 (normal, 5-30), y resto de la bioquímica normal. Hemostasia normal. Gasometría arterial: PO₂, 75; PCO₂, 40; PH, 7,43; ANA(+) a 1/160; factor reumatoide + 36 U (positivo a títulos bajos). La serología de hepatitis fue negativa a virus de la hepatitis A y B, y positiva a virus de la hepatitis C. Broncoscopia: en todo el árbol traqueobronquial inspeccionado no se objetivan lesiones patológicas. Se realizó LBA del segmento 4 del LMD. La microbiología del BAS y LBA fue negativa. La citología fue negativa para células malignas. PFR: FVC, 47%; FEV₁, 53%; FEV₁/FVC, 92%; FEF 25-75%, 72%; TLC, 60%; DLCO, 49%; KCO, 45%. La gammagrafía pulmonar con citrato de galio mostró captación difusa e irregular en ambos hemitórax, compatible con proceso pulmonar intersticial con signos de actividad inflamatoria. Se practicó biopsia pulmonar a través de minitoracotomía izquierda, extrayéndose cuña pulmonar de 3,5 x 2,5 cm. El diagnóstico anatomopatológico fue neumonitis intersticial usual.

El virus de la hepatitis C es un nuevo virus descubierto en 1989 por Choo et al⁵. Es conocido que este virus causa cambios fibróticos en el hígado como parte de las manifestaciones patológicas y, en consecuencia, se ha pensado que también podría causar estos cambios en otros órganos como el parénquima pulmonar. En un reciente estudio⁶ de 66 pacientes con fibrosis pulmonar idiopática el 28,8% tenían anticuerpos contra el virus de la hepatitis C, por lo que sus autores concluyen que este virus puede desempeñar un papel en la patogénesis de esta enfermedad. En nuestra paciente se detectaron también anticuerpos contra el virus de la hepati-

tis C durante el diagnóstico del proceso pulmonar. Evidentemente, dado que se diagnosticó a la paciente 8 meses después de haber empezado la sintomatología respiratoria y la no existencia de datos clínicos de sintomatología hepática ni analítica anterior, no podemos saber si es anterior o posterior a la enfermedad pulmonar. Sin embargo, dada la coincidencia y los estudios que intentan relacionar al virus C con la patogénesis de esta patología pulmonar, hemos considerado interesante y oportuno comunicar este caso y sugerir un estudio del virus de la hepatitis C en todo paciente con el diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática o de sus variantes anatomopatológicas.

M. Vila Justribo y B. Teixidó Fo
Sección de Neumología.
Hospital Arnau de Vilanova. Lérida.

1. Hamman L, Rich AR. Acute diffuse interstitial fibrosis of the lungs. Bull John Hopkins Hosp 1944; 4: 1772-212.
2. Liebow AA, Steer A, Billingsley JG. Desquamative interstitial pneumonia. N Engl J Med 1965; 39: 369-404.
3. Gransler EA, Goff AM, Prowse CM. Desquamative interstitial pneumonia. N Engl J Med 1966; 274: 113-126.
4. Kawai T, Fujiwara A, Kageyama K. Diffuse interstitial fibrosing pneumonitis and adenovirus infection. Chest 1976; 69: 692-694.
5. Choo QL, Kuo G, Weiner AJ, Overby LR, Bradley DW, Houghton M. Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome. Science 1989; 244: 359-361.
6. Takashi U, Ken O, Naohito S, Masao Y, Koichi H, Tadashi J et al. Idiopathic pulmonary fibrosis and high prevalence of serum antibodies to hepatitis C virus 1992; 146: 266-268.

Neumotórax por colocación de una sonda nasogástrica

Sr. Director: La colocación de una sonda nasogástrica (SNG) es una técnica que se utiliza con frecuencia en el medio hospitalario con el fin de asegurar una correcta nutrición en pacientes con déficit en los mecanismos deglutorios. Se trata de una técnica que habitualmente presenta una buena tolerancia y bajo número de complicaciones; sin embargo, en algunos casos puede provocar morbilidad llegando incluso a ser causa de muerte.

Se trata de un paciente de 47 años, deficiente mental, ingresado por un accidente cerebrovascular agudo complicado por una bronconeumonía por aspiración. No contaba antecedentes previos de trastornos en la deglución. El paciente presentó una mala evolución, con deterioro progresivo del estado de conciencia que, a las 24 horas de su ingreso, requirió la indicación de nutrición enteral y, por tanto, colocación de una SNG (Entral® N.º 9). La colocación fue sencilla, se puso a unos 50 cm sin que desencadenara reflejo nauseoso ni tusígeno ni cuadro dolo-

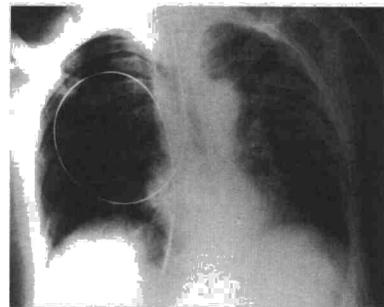


Fig. 1. Sonda nasogástrica atravesando tráquea, bronquio principal e inferior derechos, haciendo un bucle y alojándose en cavidad pleural derecha.

roso. Se realizó una radiografía (fig. 1) para comprobar la correcta colocación, y se apreció que se encontraba situada en el espacio pleural derecho habiendo pasado por tráquea, bronquio principal derecho y lobar inferior derecho. Se apreciaba así mismo un neumotórax homolateral. No existía derrame pleural ni enfisema subcutáneo. Se extrajo la SNG bajo control radioscópico y se reintrodujo hasta alcanzar su correcta posición gástrica. Se propuso la instauración de un drenaje pleural fino tipo Pleurecath, pero la familia se negó a este tratamiento. Por tanto se trató con reposo y oxigenoterapia. El paciente falleció 17 horas después por un cuadro séptico e insuficiencia respiratoria.

Se ha señalado como una causa muy de neumotórax iatrógeno la utilización de técnicas agresivas, como toracocentesis, biopsia pleural, punción transtorácica, biopsia transbronquial, cateterización venosa, traqueotomía o endoscopia digestiva¹. La incidencia de posición incorrecta comprobada radiológicamente de tubos nasointéricos ha sido considerada del 1,3%². Se ha publicado como una causa más infrecuente de neumotórax iatrógeno la colocación de SNG para nutrición sobre todo cuando se realiza en personas con un bajo estado de conciencia, con disminución del reflejo tusígeno (demencia senil, depresión farmacológica), accidentes cerebrovasculares, traqueostomía o intubación traqueal, bocio endotorácico, edad avanzada y falta de colaboración³. Estos autores, a propósito de un caso de neumotórax con derrame pleural por SNG, realizan una revisión de la literatura y concluyen en la necesidad de la comprobación radiológica de la colocación de las SNG en todos los casos, en especial si se dan estos factores desencadenantes³. Esto evita además la instauración de la nutrición a través de la SNG con las consecuentes complicaciones a que da lugar.

Así mismo se ha destacado que la colocación de los tubos en bronquio principal derecho es la más frecuente por razones anatómicas, y el neumotórax se produce al atravesar la sonda la pleura visceral, pudiéndose dar este hecho inmediatamente o después de la desinserción de la SNG; en nuestro caso se dio la primera de estas dos posibilidades. En una serie realizada por Carey y Holcombe⁴ se expone la posibilidad de realizar la colocación de SNG bajo control fluoroscópico en pacientes de alto riesgo, la utilización de calibres mayores o el empleo del laringoscopio como ayuda, o incluso por fibrobroncoscopia⁵.