

**Neumotórax traumático por acupuntura**

Sr. Director: El neumotórax secundario como complicación del tratamiento con acupuntura es una entidad relativamente nueva, descrita hace unos 20 años por Goldberg (citado por Carette et al<sup>1</sup>).

Se presenta el caso de un paciente de 78 años, con antecedentes personales de "pleuritis seca" a los 23 años, fumador, sin sintomatología respiratoria habitual, que acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar dolor torácico izquierdo de características pleuríticas, disnea intensa y disfonía. Como antecedente inmediato refirió que había acudido a una sesión de acupuntura para tratamiento de una fístula perianal, en el curso de la cual se le introdujeron sendas agujas en el tercer espacio intercostal, bilateralmente, a 4 cm del borde esternal, momento en el cual comenzó a notar intenso dolor.

La exploración física mostraba hábito asténico y signos de neumotórax izquierdo, que se confirmaron en el estudio radiológico del tórax (fig. 1).

Se instauró drenaje torácico cerrado de fino calibre en el quinto espacio intercostal izquierdo, línea axilar anterior, y en controles posteriores se objetivó la reexpansión pulmonar completa, por lo que pasados 8 días pudo retirarse el drenaje.

En la revisión bibliográfica realizada con una base de datos informatizada se han encontrado descritos más de 50 casos<sup>1-5</sup>. Sin embargo, hemos encontrado un único caso publicado en España<sup>6</sup>.

En la mayor parte de los casos se trataba de mujeres que recurrían a la acupuntura para el tratamiento de algias no controlables con analgésicos, aunque en alguna ocasión se trataba de patología respiratoria, principalmente asma bronquial, que presentaba empeoramiento importante por el neumotórax<sup>1</sup>.

Se han descrito casos de neumotórax bilateral simultáneo, lo cual también podría haber ocurrido en el caso que presentamos, dado el carácter bilateral de la punción.

Es dudosa la calificación de esta patología como "iatrógena" dada por algunos autores<sup>2,4</sup>, puesto que, como señalan Santos González et al<sup>6</sup>, en ocasiones es originada por una práctica realizada por personal no cualificado, por lo que preferimos englobarla dentro de los neumotórax traumáticos. Por razones obvias, pensamos que no se debe considerar este tipo etiológico como "espontáneo" como hacen Nakamura et al<sup>3</sup>.

Esta forma etiológica de neumotórax no presenta connotaciones terapéuticas especiales respecto a otras formas, resolviéndose habitualmente con drenaje torácico cerrado.

L.J. Cerezal Garrido y A. Díez Herranz\*  
Sección de Cirugía Torácica.  
\*Servicio de Neumología.  
Hospital Universitario de Valladolid.

**ADDENDA:**

Con posterioridad al envío de nuestra carta ha sido publicado en España un nuevo caso de neumotórax secunente a acupuntura (*Arch Bronconeumol* 1994; 30:57-58), por lo que el caso que nosotros publicamos no es el segundo del que tenemos conocimiento, sino el tercero.

1. Carette MF, Mayaud C, Houacine S, Milleron B, Toty L, Akoun G. Traitement d'une crise d'asthme par acupuncture. Rôle probable dans la survenue d'un pneumothorax avec évolution vers un état de mal asthmatique. *Rev Pneumol Clin* 1984; 40:69-70.
2. Henneghien Ch, Bruart J, Remacle P. Nouvelle pathologie iatrogène: pneumothorax après acupuncture. *Rev Pneumol Clin* 1984; 40:197-200.
3. Nakamura H, Konishiike J, Sugamura A, Takeno Y. Epidemiology of spontaneous pneumothorax in women. *Chest* 1986; 89:378-382.
4. Guérin JM, Tibourtine O, Lhote F, Segrestaa JM. Deux cas de pneumothorax après acupuncture. *Rev Med Interne* 1987; 8:71.
5. Huet R, Renard E, Blotman MJ, Jaffiol C. Pneumothorax méconnu après acupuncture chez une anorexique mentale. *La Presse Médicale* 1990; 19:1.415.

6. Santos González J, Rivero Román A, Gavilán Carrasco JC, Sánchez Lafuente C. Neumotórax y acupuntura. *Arch Bronconeumol* 1988; 24:95.

**Asma e hipertiroidismo**

Sr. Director: Se ha descrito que el hipertiroidismo puede asociarse con deterioro en el control del asma y que al tratarlo se puede controlar mejor al paciente asmático<sup>1</sup>, y se han comunicado casos de retirada total de la medicación antiasmática<sup>2</sup>. Se describe el caso de una paciente de 50 años de edad, que había sido diagnosticada de asma bronquial 4 años antes, que tenía alergia a penicilina y eritromicina, en tratamiento psiquiátrico por síndrome depresivo. Desde hace aproximadamente un año refiere síntomas diarios asmáticos con frecuentes accesos de disnea sibilante, a pesar de estar en tratamiento con teofilina, beta-2-adrenérgicos, corticoides tópicos y sistémico en tandas. Ingresó en la Sección de Neumología del Hospital Arnau de Vilanova procedente de urgencias por AGA, iniciándose tratamiento con eufilina en perfusión, nebulizaciones de beta-2-adrenérgicos, bromuro de ipatropium y corticoides por vía intravenosa a dosis altas. En la exploración destacaba abundantes roncus y sibilantes en ambos campos pulmonares, tonos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos a 120 por minuto. La radiografía de tórax mostraba signos de hiperinsuflación. No había imágenes parenquimatosas de evolución aguda. ECG: taquicardia sinusual a 120 por minuto. Analítica: hemograma y bioquímica normal. Gasometría arterial: PO<sub>2</sub>, 56; PCO<sub>2</sub>, 48; PH, 7.37. La espirometría mostraba severo patrón obstructivo. A pesar del tratamiento no se objetivó mejoría franca de su proceso respiratorio. La paciente nos relata que desde hace aproximadamente un año presenta episodios repetidos de diarreas y temblor junto a gran nerviosismo y ansiedad que ella había relacionado con su cuadro nervioso. Dados estos síntomas se pidió estudio tiroideo: TSH < 0.03 (VN, 0.26-4); T4 libre, 96.2 (VN, 10.3-25.8). Anti-TSH (Ti) 40.6 mv/ml (VN < 10). Gammagrafía tiroidea: tiroides aumentado de tamaño a expensas de ambos lóbulos con distribución del trazador uniforme. Se inició tratamiento con metimazol, y se observó una clara mejoría clínica, tanto de los síntomas asmáticos como de su hipertiroidismo. Se han sugerido varios mecanismos que relacionan el asma y el hipertiroidismo: a) alteración de la respuesta beta-adrenérgica, posiblemente por acción de la tiroxina a nivel de los receptores del músculo liso<sup>3</sup>; b) alteración de la reactividad bronquial inespecífica<sup>4</sup>; c) aumento del metabolismo de la hidrocortisona<sup>5</sup>, y d) alteración del metabolismo del ácido araquidónico con potenciación de los efectos de las prostaglandinas por una disminución de su distribución<sup>6</sup>. Es importante destacar que nuestra paciente estuvo aproximadamente un año con mal control del asma y probablemente ya con su hipertiroidismo, y que sus síntomas se clasificaron como problemas nerviosos, fundamentalmente porque en general, no se piensa en esta asociación y sí en cambio en los conocidos problemas psicológicos



**Fig. 1. Neumotórax izquierdo hipertensivo. Patrón intersticial en base derecha.**