

en el líquido pleural (82 % de éxitos cuando era inferior a 1.000 U/l, frente a sólo 45 % cuando era superior,  $p = 0,0009$ ).

**Conclusiones:** La presencia de alta celularidad en el líquido pleural, neutrofilia relativa, glucosa inferior a 60 mg/dl, pH menor de 7,20 y LDH pleural superior a 1.000 U/l son factores de mal pronóstico para la pleurodesis.

**Colagenasa y procolágeno III en el lavado broncoalveolar de pacientes con patología difusa. Utilidad como indicadores evolutivos de la progresión hacia la fibrosis**

V. Curull Serrano

Hospital de la Vall d'Hebron. Barcelona.

Separ + Abelló 1987.

**Objetivos:** Estudiar la utilidad de las determinaciones séricas y en lavado broncoalveolar de los péptidos de los procolágenos Tipo I y Tipo III, como indicadores de la actividad y/o severidad de la sarcoidosis y de la alveolitis alérgica extrínseca. Conocer el valor pronóstico de estos péptidos, así como su comportamiento en función de la evolución de la sarcoidosis. Analizar la utilidad de las concentraciones (conc.) de péptido C-terminal del procolágeno tipo I (P-I-CP) y de péptido N-terminal del procolágeno tipo III (P-III-NP), en suero y lavado broncoalveolar (LBA), como indicadores de la actividad y/o la severidad, así como su valor pronóstico en la sarcoidosis (SAR) y en la alveolitis alérgica extrínseca (AAE).

**Pacientes y métodos:** Se estudiaron de forma prospectiva y durante un período de seguimiento de  $22 \pm 9$  meses, 36 pacientes con SAR, 26 activa (ACT) y 10 inactiva (INAC), y 10 pacientes con AAE.

**Resultados:** No se observaron diferencias en las concentraciones séricas de los péptidos entre los tres grupos. En LBA, las mayores concentraciones se detectaron en el grupo AAE, seguido del grupo SAR ACT, siendo las diferencias entre los tres grupos significativas tanto para el P-I-CP ( $p = 0,004$ ) como para el P-III-NP ( $p = 0,006$ ). En LBA, las conc. de los péptidos no se correlacionaron con la afectación funcional respiratoria ni con los otros indicadores de actividad: linfocitosis en LBA, ni gammagrafía con galio-67. No se constató valor pronóstico funcional de las determinaciones iniciales de P-I-CP ni de P-III-NP, en los grupos con SAR ni AAE. Evolutivamente, las concentraciones de P-III-NP en LBA siguieron elevadas en el grupo de pacientes con SAR que persistían ACT.

**Conclusiones:** 1. Los péptidos de los procolágenos tipo I y III, en LBA, se han mostrado útiles como indicadores de actividad en la SAR. 2. La ausencia de correlación entre los péptidos en LBA y otros marcadores de actividad de la SAR sugiere que aquellos evalúan aspectos diferentes de la actividad de la SAR. 3. La falta de correlación entre los péptidos de los procolágenos y la afectación respiratoria, junto con la ausencia de valor pronóstico funcional de las determinaciones iniciales, confirman su ineficacia como indicadores de fibrogénesis, en la SAR. 4. Evolutivamente, el P-III-NP, en LBA, siguió mostrándose útil como indicador de actividad.

**Tratamiento de la pleuritis tuberculosa con dos fármacos durante seis meses y evaluación del efecto de los esteroides en la evolución clinicorradiológica**

R. Estopà

Hospital de Bellvitge. Barcelona.

SEPAR Merrell Dow 1987

**Objetivos:** 1. Comprobar si un tratamiento de seis meses con dos fármacos bactericidas es suficiente en la pleuritis tuberculosa sin lesión parenquimatosa. 2. Observar los efectos de la corticoterapia en la pleuritis tuberculosa.

El objetivo es el de investigar cuáles son los efectos de la corticoterapia en la pleuritis tuberculosa (PT) junto a un tratamiento de seis meses con dos fármacos bactericidas.

Se han estudiado 29 pacientes diagnosticados de PT con evidencia bacteriológica o histológica de pleuritis tuberculosa o bien mediante líquido pleural linfocitario, intradermorreacción (PPD) positiva o una cifra superior a 0,75 Kat/litro en líquido pleural. En ningún caso se observó una lesión parenquimatosa ni presencia de bacilo de Koch en las secreciones bronquiales ni en el aspirado gástrico. A todos los pacientes se les dio un tratamiento de isoniacida de 5 mg/kg/día (sin sobrepasar los 300 mg/día), rifampicina 10 mg/Kg/día (sin sobrepasar los 600 mg/día) durante seis meses. De forma aleatorizada a doble ciego se añadía prednisona (o placebo) a dosis de 1 mg/kg/día durante 15 días y reduciendo la dosis hasta completar un mes. Hemos controlado la temperatura, el hemograma, la función hepática, la radiografía de tórax y la espirometría al mes, a los seis meses y al año. Las diferencias entre los dos grupos han sido analizadas mediante el test de Mann-Whitney y el Fisher exact test. La edad media es de 28 (11-53) años, 24 varones y 11 mujeres, siendo 23 incluidos en el grupo con prednisona y 24 con placebo. En la tabla se resumen los resultados.

	Media días T.* > 37 °C	Engrosamiento pleural máximo $\geq 0,5$ cm			FVC < 80 %	
		1 m	6 m	12 m	1 m	> 6m
Pred (n=23)	2	16/23	9/23	2/17	3/8	5/23
Placebo (n=24)	8	21/24	11/24	10/19	4/7	3/24
	$p = 0,002$	NS	NS	$p = 0,02$	NS	NS

La media de los días con fiebre es menor en el grupo de pacientes tratados con prednisona. El engrosamiento pleural es el mismo en los dos grupos durante los 6 primeros meses aunque existen diferencias al año, que no se reflejan en la espirometría. Teniendo en cuenta que los beneficios que se esperan de los corticoides en la PT es el evitar la paquipleuritis, de acuerdo con estos resultados no está justificado su uso de forma sistemática. Únicamente en casos en que el síndrome febril provoque una situación clínica mal tolerada.

**Estudio del efecto protector de la furosemida en las reacciones alérgicas. Evaluación de su eficacia clínica y de sus efectos farmacológicos**

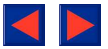
J. Prat Riquelme

Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Ayuda a la Investigación SEPAR

**Objetivos:** Evaluación de la eficacia clínica de la furosemida y de sus efectos sobre la producción de mediadores químicos proinflamatorios liberados durante las reacciones alérgicas.

**Resumen:** En este estudio se evaluó el efecto de la furosemida en la rinitis alérgica en un estudio a doble ciego con placebo cruzado. A 14 pacientes riniticos alérgicos al polvo de casa se les realizó un tratamiento con placebo (solución salina) o 20 mg de furosemida nebulizada por vía intranasal y se comprobó su respuesta alérgica mediante un test de provocación nasal, utilizando un extracto de *Dermatophagoides pteronyssinus* (100 UB). Se llevó a cabo una evaluación clínica y lavados nasales con solución salina en condiciones basales y a los 10, 30 y 60 minutos posteriores al test de provocación. Se contaron los estornudos y se valoraron el resto de los síntomas (hidrorrea, obstrucción y prurito) de forma combinada. Mediante radioinmunoanálisis se midieron los niveles de PGE<sub>2</sub>, PGD<sub>2</sub>, peptido-leucotrienos y 15-HETE en los lavados nasales. También se procedió a una valoración de las células presentes en el lavado que fueron clasificadas en epiteliales, neutrófilos, eosinófilos y otras. No se observaron diferencias ni en la sintomatología clínica, ni en el influjo celular entre el placebo y la furosemida. Los niveles de PGD<sub>2</sub> no se modificaron tras la provocación y



la furosemida no modificó su producción. Diez minutos después de la provocación hubo un marcado aumento de la PGE<sub>2</sub> ( $p < 0,01$ ), los peptidoleucotrienos ( $p < 0,01$ ) y el 15-HETE (sin alcanzar significación estadística) tanto con el placebo como con la furosemida. No se observaron diferencias en la producción de metabolitos entre la furosemida y el placebo. Nuestras observaciones nos permiten concluir que en contraste con el asma bronquial la furosemida es ineficaz para prevenir la rininitis alérgica.

### Soporte ventilatorio en las neumopatías crónicas. Efecto de la PEEP extrínseca sobre la mecánica, hemodinámica e intercambio pulmonar de gases

J.M. Montserrat

Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

FAES

**Objetivos:** 1. Demostrar la eficacia de la aplicación de PEEP extrínseca en pacientes con neumopatía obstructiva crónica en fase de agudización.

2. Estudiar en profundidad sus repercusiones fisiológicas.

**Introducción:** Durante los últimos años, una serie de nuevos conocimientos ha permitido la incorporación de nuevos aspectos terapéuticos en el tratamiento de los EPOC agudizados. Entre ellos, cabe destacar el reconocimiento de que la PEEP intrínseca (PEEPi) tiene una función deletérea muy importante en estos pacientes. Se ha sugerido que la abolición de esta PEEPi por diversos métodos tiene un papel en tratamiento de los enfermos con una EPOC.

**Objetivo:** 1) Examinar los efectos de la PEEPi en los pacientes con una EPOC agudizada; 2) analizar las consecuencias de dos formas de tratamiento dirigidas a reducir la PEEPi.

**Métodos:** *Población:* Fueron estudiados 8 pacientes con una EPOC en fase de agudización que requirieron ventilación mecánica convencional (VM). *Técnicas y diseño:* Durante la VM se procedió a analizar el intercambio de gases (convencionales e inertes) y la mecánica pulmonar en cuatro situaciones distintas, a) con la VM convencional; b) aplicándose una PEEP extrínseca (PEEPe) que correspondía al 100 % de la PEEPi; c) aplicándose una PEEPe que correspondía al 50 % de la PEEPi, y d) reduciendo el volumen corriente y la frecuencia respiratoria de la VM, hasta conseguir que la PEEPi disminuya al 50 % de la inicial.

**Resultados:** 1. Bajos niveles de PEEPe que corresponden a un 50 % de la PEEPi no cambia significativamente la mecánica pulmonar, aunque aumenta la PaO<sub>2</sub> (+ 10 mmHg) ( $p < 0,05$ ) y se reduce la PaCO<sub>2</sub> (- 2mmHg,  $p > 0,05$ ) junto a una significativa mejoría de las relaciones ventilación/perfusión. 2. Niveles de PEEPe iguales al valor de la PEEPi dan lugar a un incremento ligero de las presiones en la vía aérea (+ 3 cmH<sub>2</sub>O,  $p < 0,05$ ), sin alteraciones en el intercambio de gases. 3) Cuando se provoca una hipoventilación controlada como tratamiento de la PEEPi, la PaO<sub>2</sub> disminuye (-19 mmHg,  $p < 0,05$ ), la PaCO<sub>2</sub>

aumenta (+ 11 mmHg,  $p < 0,05$ ) junto a un deterioro acusado de las relaciones ventilación/perfusión. Sin embargo, en este último caso, el gasto cardíaco, el aporte de oxígeno a los tejidos y la PVO<sub>2</sub> aumentan significativamente.

**Conclusiones.** 1) Bajos niveles de PEEPe mejoran el intercambio de gases sin efectos adversos en la mecánica pulmonar y la hemodinámica; 2) la aplicación de una hipoventilación controlada, aunque deteriora el intercambio de gases, aumenta el aporte de oxígeno a los tejidos porque el aumento del gasto cardíaco da lugar a un aumento en la PVO<sub>2</sub>, todo lo cual compensa el deterioro del intercambio de gases.

**Comentario:** En los enfermos con una EPOC agudizada, el tratamiento mecánico dirigido a reducir su PEEPi tiene un efecto beneficioso y debe ser contemplado como una importante opción terapéutica.

### VIII Curso de avances en neumología Vall d'Hebron 1994

Del 21 al 25 de febrero de 1994.

Horario de 14 a 21 horas.

*Información e inscripciones:* Sra. Maite Valdeolivas y Montse Murillo.

Servicio de Pneumología.

Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Passeig Vall d'Hebron, s/n. 08035 Barcelona.

Tels.: (93) 418 34 00 (ext. 4178 y 4020)

y (93) 428 61 04 (Director). Fax: (93) 428 61 04.

### II Reunión plenaria del área de oncología de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Terapias de inducción y consolidación en los tumores torácicos

Barcelona, 29 y 30 de abril de 1994.

Ilustre Colegio de Médicos de Barcelona, Paseo de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona

*Inscripción:* 5.000 ptas. para los socios de la Societat Catalana de Cirurgia Toràctica, Societat Catalana de Pneumologia, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, Sociedad Española de Oncología, Sociedad Española de Radioterapia, Societat Catalano-Balear d'Oncologia, Societat Catalana de Radioteràpia i Diagnòstic per la Imatge (que auspician la reunió) y 8.000 para los no socios.

*Información:* Viajes Casals, S.A. Departamento de Congresos.

Plaza Sagrada Familia, 3. 08013 Barcelona.

Tel.: (93) 458 62 04. Fax: (93) 459 06 67.

### II Reunión Internacional de Cirugía Torácica, Barcelona 94

Barcelona, Colegio de Médicos, 29 y 30 de septiembre de 1994.

*Secretaría:* RCT asociados.

Aulèstia i Pijoan, 12 bjos. 08012 Barcelona.

Tel.: (93) 415 69 38. Fax: (93) 415 69 04.