

**Nódulos pulmonares múltiples calcificados como manifestación de una hidatidosis pulmonar**

**Sr. Director:** El diagnóstico diferencial entre quiste hidatídico (QH) y otras causas capaces de producir masas pulmonares, como neoplasias primarias o metastásicas, abscesos, granulomas, quistes sólidos, etc., puede ser muy difícil y en ocasiones únicamente se diagnostican con la toracotomía o biopsia accidental mediante punciones transtorácicas. Presentamos un caso de QH pulmonares múltiples, unos de localización subpleural y otros calcificados, hallazgos de extremada rareza<sup>1,2</sup>.

**Observación clínica:** Paciente de 64 años, con antecedentes de histerectomía sin aportar diagnóstico, asintomática, remitida al Servicio de Neumología para estudio de nódulos pulmonares. La exploración física era normal. La Rx simple y estudio tomográfico de tórax mostraron múltiples nódulos en el pulmón derecho, algunos pleurales o subpleurales con calcificaciones groseras en su interior así como pequeños nódulos intrapulmonares no calcificados y uno anterior subpleural con prolongación periférica y contornos bien definidos (fig. 1). El estudio analítico fue normal. La hemaglutinación indirecta frente a equinococo fue negativa. Con la sospecha diagnóstica de granulomas o hamartomas se realizó una punción aspirativa con aguja fina, extrayéndose material amorfo que mediante tinción de Ziehl-Nielsen reveló múltiples ganchos correspondientes a cabezas de escólex (fig. 2).

**Comentarios:** La localización más frecuente de los QH en el adulto es la hepática (75 %), apareciendo la pulmonar en posterior orden de frecuencia (17 %). La mayoría son asintomáticos y se diagnostican en estudios radiográficos de rutina. La historia natural de un quiste es poco conocida, ignorándose su evolución (crecimiento, involución, posibilidad de infectarse, calcificarse, romperse o fisurarse), así como el tiempo de latencia, que se considera de varios años<sup>3</sup>. El tiempo de duplicación es variable y oscila de 6 a 20

semanas<sup>4,5</sup>, lo que le resta interés diagnóstico. Pueden ser solitarios (70 %) o múltiples (30 %), siendo bilaterales en el 20 %, con predilección por los lóbulos inferiores, fundamentalmente el derecho, asentando el 65 % en segmentos posteriores<sup>1,2</sup>. En nuestro caso se localizaron todos en hemitórax derecho y con distribución panlobular. Hay localizaciones muy infrecuentes como la subpleural, observada por nosotros, interlobar en la que adquieren forma de pseudotumor<sup>2</sup>. La calcificación es rarísima<sup>4,6</sup>, puede aparecer tanto en la forma quística como en la alveolar, afecta a la pared de quistes con larga evolución, como sucedió en nuestro caso (quiste muerto y con HI negativa), dándoles una densidad heterogénea. La eosinofilia aparece en el 40 % y no estuvo presente en este caso. Las pruebas de laboratorio, como la fijación de complemento, aglutinación de látex, HI, que puede permanecer positiva durante 2 años después de muerto o exéresis quirúrgica<sup>2</sup>, inmunolectroforesis, electrosinéresis, ELISA, IgE específica frente al parásito, inmunofluorescencia indirecta, son positivos en el 70-90 % de los hepáticos y el 30 % de los pulmonares<sup>7</sup>. La infección complicando un QH pulmonar hace el diagnóstico más difícil, ya que no hay cambios radiográficos, ni síntomas mientras no se produzca su rotura<sup>2,8</sup>. Los QH que están en contacto con la pleura pueden ser evaluados por ecografía, la visión de vesículas hijas en ecografía y/o TAC torácica es suficiente como diagnóstico de certeza, máxime si los tests serológicos son positivos<sup>8</sup>.

Creemos importante mantener la sospecha diagnóstica de hidatidosis pulmonar en presencia de nódulos o masas, calcificadas o no, sobre todo cuando se plantean procedimientos diagnósticos como la punción aspirativa transtorácica con aguja fina, aunque en algunas series<sup>8</sup> como en el presente caso, no se hayan registrado reacciones alérgicas, si se han descrito en pacientes incluso con serología negativa<sup>9</sup>.

**J.L. Calpe, E. Chiner y A. Vilar\***  
Sección de Neumología  
y \*Sección de Medicina Interna.  
Hospital de Villajoyosa-Benidorm. Alicante.

1. Beggs I. The radiology of hydatid disease: review. AJR 1985; 145:639-648.

2. Balikian JP, Mudarris FF. Hydatid disease of the lung: a roentgenologic study of 50 cases. AJR 1974; 122:692-707.  
3. Caylá JA, Barquet N, Muñoz C et al. Estudio epidemiológico de la hidatidosis humana en Cataluña (1977-1981) (I). Med Clin 1986; 86:397-404.  
4. Bloomfield JA. Protean radiological manifestations of hydatid infestation. Australian Radiol 1966; 10:330-343.  
5. Cruz Vicente JM, Salinas Delicado A, Ostos Salcedo A, Martín Rodríguez A. Hidatidosis pulmonar: forma inusual de presentación. Arch Bronconeumol 1987; 23:320-321.  
6. Xu Ming Quian. Hydatidosis of the lung. XIII Congreso Internacional de Hidatidología. Madrid, Abril 1985.  
7. Chemtal AK, Bowry TR, Ahmad Z. Evaluation of five immunodiagnostic techniques in echinococcus patients. Bull WHO 1981; 59:767-772.  
8. McCorkell SJ. Unintended percutaneous aspiration of pulmonary echinococcal cysts. AJR 1984; 123-126.  
9. Stampfel G. Anaphylaktoide Reaction als seltene Komplikation der Lungen-Feinabdelpunktion. Radiologie 1982; 22:329-330.

**Edición bilingüe (español e inglés) para Archivos de Bronconeumología ¿Por qué no?**

**Sr. Director:** Con frecuencia se habla de la calidad de los artículos que se remiten a las revistas médicas españolas. En general, la mayoría de autores, presionados por la dinámica profesional, remiten sus mejores trabajos a revistas internacionales de prestigio. Es cierto que las revistas en lengua española reciben también artículos de calidad. Sin embargo, los condicionantes antes expuestos conllevan frecuentemente que se les remitan artículos ya rechazados en otras publicaciones, o de "clase B". Así se da la paradoja de que especialidades médicas cuyo nivel en nuestro país es reconocido internacionalmente, cuenten con revistas cuya incidencia en la comunidad científica y asistencial es relativamente baja.

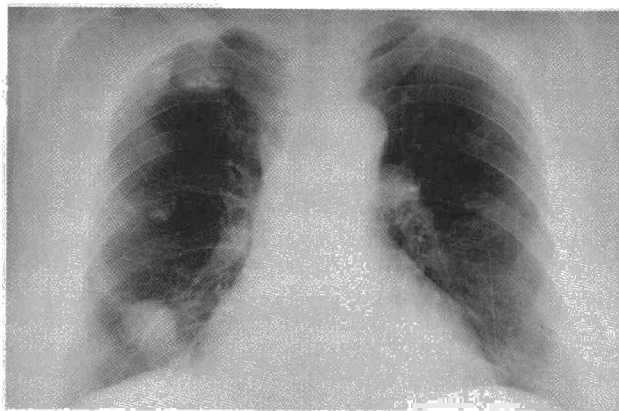


Fig. 1. Múltiples nódulos en hemitórax derecho, algunos de localización subpleural y otros calcificados.

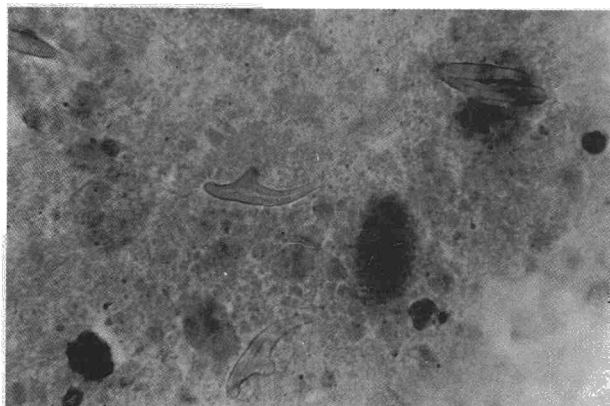


Fig. 2. Múltiples ganchos de la cabeza de los escólex, puestos de manifiesto mediante la tinción de Ziehl-Neelsen, en el material obtenido por punción aspirativa pulmonar con aguja fina.



Probablemente, este sea el caso de la neumología. Numerosos grupos españoles contribuyen periódicamente al avance de la especialidad, publicando en revistas internacionales. Sin embargo, Archivos de Bronconeumología no sólo carece de un factor de impacto mínimo, sino que se halla todavía luchando por su inclusión en los diferentes índices de publicaciones médicas<sup>1</sup>.

El pez se muerde la cola. Como consecuencia inmediata, los mejores trabajos se remiten a revistas de lengua inglesa. Para agravar la situación, los de calidad media son remitidos como "prueba" a publicaciones anglosajonas de segunda línea. Sólo tras agotar estas posibilidades (a veces con remisiones sucesivas) se "desciende" a la de la revista de nuestra sociedad.

Pensamos que hay varios métodos para mejorar esta situación. Uno es la propia conciencia ética de los autores. La mejora en la calidad de los artículos remitidos a Archivos de Bronconeumología, beneficia al colectivo de miembros de la SEPAR. Sin embargo, no redundan en beneficio personal y... somos humanos. Otra, es la inclusión de Archivos de Bronconeumología en los índices médicos. Al parecer nuestros compañeros del Comité Editorial están en vías de conseguirlo. No cabe duda que esto ayudará a la divulgación y mejora en la calidad de la revista.

Sin embargo, pensamos que existe una tercera posibilidad que incidiría directamente en el área de influencia de Archivos de Neumología, y por ende de la SEPAR. Proponemos la publicación bilingüe (español e inglés) de Archivos de Bronconeumología. Inicialmente parece (y es) una propuesta heterodoxa. Consideremos los argumentos en pro y en contra.

Los argumentos a favor son numerosos. Se ampliaría el ámbito de posibles lectores de la revista. Además, éstos tendrían acceso no sólo al resumen (como ocurre ahora), sino al artículo completo. Más lectores, incluyendo los del mundo anglosajón, más referencias a artículos publicados en Archivos de Bronconeumología. Se generaría así un aumento en el factor de impacto<sup>2-4</sup>. Este lleva asociado la presentación de trabajos de mayor calidad. Muchos autores, cuyo nivel metodológico es bueno pero que no dominan el idioma inglés, se evitarían el engorro de la traducción. Además, elevado el factor de impacto y pudiendo someter los manuscritos en lengua española, puede convertirse en foco de atracción para autores latinoamericanos. Esta es un área donde existen focos con un buen nivel científico, todavía poco interrelacionados. Como ha demostrado la experiencia de los congresos iberoamericanos, hay un potencial importante en la integración de esta comunidad científica (p.e. trabajos conjuntos, períodos postdoctorales de formación en nuestro país, etc.). Con esta perspectiva adicional, quizás la cuestión no es sólo si es oportuno que Archivos de Bronconeumología sea bilingüe, sino además si conviene ser los primeros en tomar esta decisión.

Todos estos pasos (inclusión en los índices médicos, edición bilingüe, aumento de factor de impacto, mejora en el nivel de los trabajos enviados) no son inmediatos. Probablemente requerirían un período de unos cinco años, pero también probablemente se producirían en la secuencia expuesta.

Los únicos argumentos en contra que se nos ocurren son los derivados de un nacionalismo lingüístico rancio, o los de tipo económico. No comentaremos los primeros. En cuanto a los segundos, el sueldo que precisan uno o dos traductores mensuales parece ridículo si se compara con los potenciales beneficios. Además, no faltarían entidades que lo subvencionaran.

En resumen, proponemos la publicación de Archivos de Bronconeumología en edición bilingüe, española e inglesa.

**J. Gera.**

Servei de Pneumologia. Hospital del Mar. Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Barcelona.

1. Guardiola E. ¿Qué revistas españolas están incluidas en índices biomédicos internacionales? Med Clin 1990; 94:197-198.
2. Huth EJ. How to write and publish papers in the medical sciences. Ed E.J. Huth. Baltimore (USA): Williams & Wilkins, 1982.
3. Stapleton P. Writing research papers: An easy guide for non-native-english speakers. Ed P. Stapleton. Canberra (AUS): ACIAR, 1987.
4. Journals by category, ranked by impact factor. Section 8, Journal Rankings. J Cit Rep 1987:259-272.

### Pleurodesis química en pacientes con SIDA y neumotórax recidivante

**Sr. Director:** Hemos leído atentamente el artículo publicado por J. Alborn et al<sup>1</sup>, en que trata el neumotórax recidivante de un paciente con SIDA con instilación de tetraciclinas, que posteriormente fue intervenido.

La pleurodesis química mediante tetraciclinas<sup>2</sup> puede ser el tratamiento en caso de neumotórax recidivante en pacientes de alto riesgo quirúrgico, al conseguir una adecuada irritación de la pleura, con cualquiera de estos productos y siempre que se mantenga el pulmón expandido, se puede conseguir la creación de suficientes adherencias que eviten la recidiva.

Un caso especial es cuando la fuga aérea es persistente y al mantener el tubo de drenaje ocluido se crea una cámara, que evita el contacto de las pleuras y cuando se somete la cavidad pleural a aspiración el fármaco es evacuado, por lo que no ejerce su efecto.

Nos parece interesante el método de Almassi et al<sup>3</sup> del cual tenemos una experiencia relativamente amplia y que ha sido comunicada recientemente en el congreso de SEPAR<sup>4</sup>.

De estos pacientes, dos estaban afectos de SIDA, en los que el método no dió resultado. En la toracotomía que se realizó a ambos pacientes, comprobamos macroscópica y microscópicamente una escasa reacción inflamatoria en ambos pacientes, en la superficie pleural. Posiblemente debido al déficit inmunitario de estos pacientes. En su artículo, el Dr. Alborn<sup>1</sup> también objetiva la falta de adherencias entre ambas pleuras al intervenir.

Como cita bibliográfica hace referencia a un artículo de Ema Busch et al<sup>5</sup> para apoyar

la indicación de instilación de tetraciclinas en estos pacientes. Sin embargo, en la referencia citada, la instilación se hizo una vez cesada la fuga aérea, por lo que no puede achacarse la no repetición del neumotórax durante los 10 meses siguientes; tampoco se realizó necropsia y no aporta datos suficientes para poder afirmar que se había producido sínfisis pleural.

A la luz de nuestra experiencia y la de otros autores<sup>6</sup> y mientras no se demuestre lo contrario pensamos que los pacientes con SIDA no son buenos candidatos para el tratamiento con pleurodesis con tetraciclinas.

**F.F. Suero Molina, M.J. Roca Calvo y A. Alix Trueba**  
Departamento de Cirugía de Tórax.  
Fundación Jiménez Díaz.  
Madrid.

1. Alborn J, Zamora R, Miró JM, Mainer M, Callejas MA, Ramírez J. Neumotórax recidivante en un paciente con SIDA y profilaxis con pentamidina inhalada. Arch Bronconeumol 1992; 28:198-200.
2. Macoviak JA, Stephenson JM, Ochs R, Edmunds LH. Tetracycline pleurodesis during active pulmonary pleural air leak for prevention of recurrent pneumothorax. Chest 1982; 81:1.
3. Almassi GH, Haasler GB. Chemical pleurodesis in the presence of persistent air leak. Ann Thorac Surg 1989; 47:786-787.
4. Suero Molina FF, Roca Calvo MJ, Mañes Bonet N, Alix Trueba A. Pleurodesis química en fuga aérea persistente. Arch Bronconeumol 1992; 28:78.
5. Busch E, Barlam BW, Wallace J. Intrapleural tetracycline for spontaneous pneumothorax in acquired immunodeficiency syndrome. Chest 1991; 99:1.036-1.037.
6. Vijay Chechani. Tetracycline pleurodesis for persistent air leak. Ann Thorac Surg 1990; 49:166-170.

### Pleurodesis con tetraciclinas ácidas en pacientes con SIDA y profilaxis con pentamidina inhalada

**Sr. Director:** Hemos recibido con satisfacción, la carta remitida por el Dr. Suero Molina en la que expresa su inquietud respecto al uso de la pleurodesis química con tetraciclinas ácidas en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida y neumotórax recidivado<sup>1</sup>.

Consideramos que la pleurodesis química puede ser un tratamiento a utilizar en caso de pacientes que rechacen la cirugía o presenten un alto riesgo quirúrgico siempre que no encontremos evidencia de fugas aéreas a través del sistema de drenaje<sup>2</sup>. Nuestra experiencia ha demostrado que en caso de fuga aérea persistente el uso de sustancias esclerosantes está abocada al fracaso.

En el caso presentado la instilación de tetraciclinas ácidas se efectuó a los once días de la colocación del drenaje —a pesar que consideramos quirúrgicos los neumotórax de más de una semana de evolución— y se efectuó así porque en ese momento no existía evidencia de fugas aéreas y el estado del pa-