

Presentación radiológica inusual de la tuberculosis: nódulos pulmonares múltiples bilaterales

Sr. Director: La tuberculosis es una patología frecuente en nuestro medio, con gran polimorfismo tanto clínico como radiológico que ha dado lugar a gran variedad de clasificaciones, a la postre poco útiles¹. Las formas radiológicas de presentación inusual representan en algunas series entre un 31-45 % de los casos. La manifestación como nódulos pulmonares múltiples bilaterales es una forma de presentación rara, alrededor de un 4 %, que inicialmente nos suele sugerir otros procesos². Aportamos un nuevo caso de esta inusual forma de presentación radiológica.

Mujer de 25 años, fumadora de 7 paquetes/año, que sufrió herpes zóster torácico hace 3 años presentando entonces una radiografía de tórax normal. Acude a urgencias por epigastralgia y refiriendo una historia de dolores en región escapular derecha de 2 meses de evolución. Presentaba una exploración física rigurosamente normal.

La analítica mostraba un hemograma, VSG, coagulación, bioquímica de sangre y orina normales. La intradermorreacción de Mantoux era de 15 mm. El análisis de esputo no fue posible debido a la ausencia de expectoración. La serología de hidatidosis fue negativa. La radiografía de tórax y tomografías lineales (fig. 1) mostraron la presencia de nódulos pulmonares bilaterales en ambos lóbulos superiores, el mayor en LSD de 3 cm de diámetro sin calcio ni cavitaciones. Se realizó broncofibroscopia con cepillado de LSD e intento de biopsia transbronquial, que no fue posible al no conseguir localizar la lesión en LSD; la citología del cepillado y broncoaspirado no mostró células atípicas, la tinción de Ziehl-Neelsen fue negativa. Se practicó punción aspiración transtorácica con aguja fina (PAAF) con control fluoroscó-

pico del nódulo de LSD apreciándose en la citología abundantes células histiocitarias. El estudio ginecológico completo, enema opaco, ecografía abdominal y radiología craneal fueron normales.

A falta del cultivo en medio Löwenstein del cepillado y broncoaspirado y dada la falta de un diagnóstico etiológico concreto, las potenciales posibilidades diagnósticas y la ausencia de tomografía computarizada (CT) y Servicio de Cirugía Torácica en nuestro Centro se remitió al paciente al Hospital 12 de Octubre para continuar estudio. En este hospital se realizó CT, que mostraba múltiples nódulos bilaterales, y PAAF sobre el nódulo de LSD obteniéndose material blanquecino similar al caseum y la tinción con fluorescencia de dicho material mostró abundantes micobacterias. El cultivo en medio Löwenstein-Jensen del broncoaspirado realizado en nuestro centro mostró crecimiento de abundantes colonias de *Mycobacterium tuberculosis*. Se inició tratamiento antituberculoso con un régimen de 4 drogas (2HRZE/4HR).

Cuando la tuberculosis se manifiesta como forma nodular suele hacerlo como nódulo pulmonar solitario. Si se presenta en forma de nódulos pulmonares múltiples, éstos tienden a cavitarse y se acompañan de lesiones satélites, sugiriéndonos el diagnóstico diferencial con procesos malignos metastásicos y enfermedades inmunológicas fundamentalmente. Estas manifestaciones radiológicas "inusuales" provocan que a veces un tercio de los enfermos sean mal enfocados, restando considerablemente el diagnóstico.

Esta forma de presentación ha sido recientemente comunicada en la bibliografía nacional³⁻⁶. Un aspecto de interés en este caso es la confirmación diagnóstica que aportó el Löwenstein del broncoaspirado confirmando la buena rentabilidad de la fibrobroncoscopia en el diagnóstico de la tuberculosis. La posibilidad de otros diagnósticos diferenciales nos aconsejaron no demorar un diagnóstico definitivo, por lo que no se esperó tal resultado para el manejo de la enferma.

Creemos que la tuberculosis es una entidad con un gran polimorfismo radiológico. Esta gran variabilidad de formas de manifestación nos obligan ante cualquier presentación, más que "inusual" poco frecuente, a pensar siempre en esta enfermedad, como muestra el caso referido.

I.M. Sánchez Hernández, E. de Miguel Poch* y M.V. Villena Garrido*

Unidad de Neumología. Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Guadalajara y *Servicio de Neumología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

1. Palmer PES. Pulmonary tuberculosis: usual and unusual radiographic presentations. En: Felson B, ed. The radiology of tuberculosis 1st ed. Nueva York: Grune and Stratton Inc 1979:28-69.
2. Kahn MA, Kovnat DM, Bachus B, Whitcomb ME, Brody Snider GL. Clinical and roentgenographic spectrum of pulmonary tuberculosis in the adult. Am J Med 1977; 62:31-38.
3. Balmaseda de Silveira J, Varela Romero JR, Souto Crespo JM, Pedreira Andrade JD. Nódulos pulmonares múltiples como manifestación radiológica inusual de la tuberculosis pulmonar. Arch Bronconeumol 1987; 23:212-214.
4. Cardellach F, Agustí AGN, Font J, Ingelmo M. Nódulos pulmonares múltiples como manifestación radiológica inusual de la tuberculosis pulmonar. Arch Bronconeumol 1988; 24:186.
5. Sánchez Varilla JM, Villa Arellano F, Martínez Puentes V. Nódulos pulmonares múltiples diseminados como manifestación radiológica "inusual" de la tuberculosis pulmonar. Arch Bronconeumol 1989; 25:88.
6. Terán Santos J, García Muñoz JP, Viejo Bañuelos JL. Nódulos pulmonares múltiples como manifestación radiológica inusual de la tuberculosis pulmonar. Arch Bronconeumol 1989; 25:118.

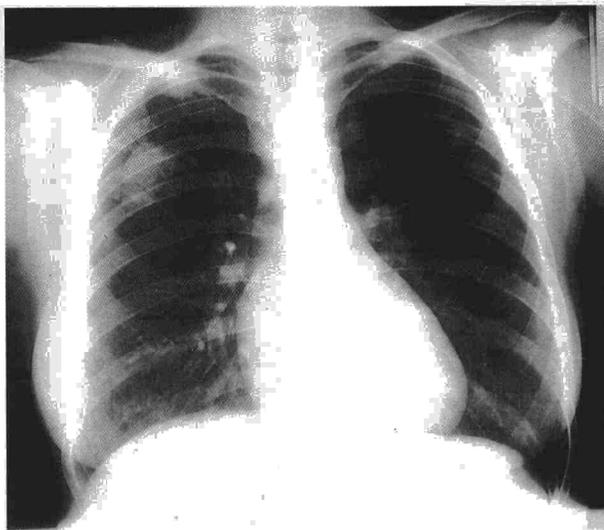
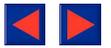


Figura 1.

Uso de la mascarilla laríngea para fibrobroncoscopia en un paciente que precisó anestesia general

Sr. Director: La introducción de la fibrobroncoscopia a finales de la década de los 60 ha transformado la práctica de la neumología, extendiendo las capacidades diagnósticas y terapéuticas del médico. Normalmente se lleva a cabo con sedación y anestesia tópica y sólo en algunas ocasiones es necesaria la anestesia general.

La mascarilla laríngea, diseñada por Brain en 1983¹ es utilizada frecuentemente para el control de la vía aérea en los pacientes anestesiados²; consta de un manguito elíptico que queda anclado delante de la glotis. La introducción de un fibroscopio a su través es relativamente fácil³ y ha sido utilizada para intubación orotraqueal fibróptica en pacientes con dificultad de intubación⁴.



Presentamos el caso de un paciente que necesitó anestesia general ante la imposibilidad de realizar la fibrobroncoscopia despierto. Se descartó la intubación endotraqueal porque se necesitaba observar las cuerdas vocales y la parte alta de la tráquea, motivo por el que se usó una mascarilla laríngea.

Varón de 76 años aquejado de molestias en la cara anterior del cuello y disnea de medianos y a veces pequeños esfuerzos, de dos meses de evolución. Entre sus antecedentes destaca diabetes mellitus tipo II, fumador de 2 cigarrillos/día, bebedor moderado y catarras de repetición. La exploración física fue totalmente normal, a excepción de disminución del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares. Los datos analíticos, ECG y gasometría no mostraron ninguna anomalía. Se realizó espirometría que reveló una alteración ventilatoria obstructiva leve. En la Rx tórax y TAC torácica se evidenció ensanchamiento mediastínico superior debido a la combinación de elongamiento y tortuosidad de los troncos braquiocefálicos y lipomatosis mediastínica. Se intentó realizar broncoscopia que resultó imposible por presentar colapso de la luz traqueal y espasmo bronquial. Ante esta situación y con la sospecha de traqueomalacia, se decidió llevar a cabo la exploración bajo anestesia general. La inducción de la anestesia se realizó con propofol (2,5 mg/kg) y succinilcolina (1 mg/kg). Se insertó una mascarilla laríngea del n.º 4 y una vez comprobada su buena colocación, se introdujo un fibrobroncoscopio Olympus tipo 20 a su través. Al observar las cuerdas vocales se instilaron 50 mg de lidocaína al 1% y una vez en la tráquea otros 50 mg. El mantenimiento de la anestesia se llevó a cabo con O₂/N₂O, isofluorano y suplementos de propofol, en respiración espontánea. El paciente estuvo hemodinámicamente estable y bien oxigenado durante los 45 min que duró la exploración. Se pudo observar una región glótica mamelonada con mucosa de aspecto normal, hendidura intercordal estrecha y colapso traqueal en espiración compatible con traqueomalacia. El paciente se despertó sin complicaciones.

En este caso se presentó el problema de la imposibilidad de explorar la vía aérea con el paciente despierto, por lo que fue necesaria la anestesia general.

Actualmente el fibrobroncoscopio es el instrumento de elección en la mayoría de las broncoscopias, ya que suministra una visión dinámica de las vías superiores e inferiores con la cabeza del paciente en su posición natural. Es adecuado para el estudio de laringomalacia, traqueomalacia, los efectos de las lesiones endobronquiales como los tejidos de granulación o tumores y las compresiones extrabronquiales, que pueden ser observadas sin la distorsión que produce el broncoscopio rígido, motivo por el que se descartó su uso en este caso.

En los pacientes despiertos el fibrobroncoscopio puede ser introducido por la boca, nariz o traqueotomía con anestesia tópica y sedación. En los enfermos que precisan ser anestesiados es necesario controlar la vía aérea para proporcionar una oxigenación y ventilación adecuadas. Para ello se dispone de tres métodos: mascarilla facial con orificio para el paso del fibroscopio, intubación endotraqueal y mascarilla laríngea.

La mascarilla facial obliga a una sujeción constante, con maniobras para evitar la caída de la lengua y mantener permeable la vía aérea, lo que en ocasiones resulta imposible.

La intubación endotraqueal es el mejor método para el control de la vía aérea y el que mejor la aísla de las secreciones provenientes del tubo digestivo, sin embargo al atravesar las cuerdas vocales no permite ver las estructuras que se encuentran por encima de su orificio distal.

La mascarilla laríngea es un buen método de control de la vía aérea y, aunque no previene la broncoaspiración (lo que contraindica su uso en todos los casos de riesgo de vómitos o regurgitación), encontramos algunas ventajas respecto a la intubación endotraqueal:

1. Al no penetrar las cuerdas vocales ni la parte alta de la tráquea, permite ver estas estructuras, pudiendo ser de ayuda para el diagnóstico de patologías a estos niveles como epiglotitis, edema de cuerdas, obstrucciones, etc.

2. Es un buen método para el control de la vía aérea, por lo que la exploración puede hacerse con total seguridad y comodidad durante el tiempo que se considere necesario.

3. La mascarilla laríngea no necesita relajación muscular para su inserción, lo que permite mantener al paciente en respiración espontánea, conservando el movimiento fisiológico de todas las estructuras; de este modo es útil en los casos que interese observar el movimiento de las cuerdas vocales o de la tráquea, como son la parálisis de cuerdas o traqueomalacia.

Podemos concluir que la endoscopia fibroscópica a través de mascarilla laríngea es un procedimiento válido para la exploración de la vía aérea. Permite la inserción cómoda del fibroscopio y en ocasiones presenta ventajas sobre la intubación endotraqueal.

J. Cortés Laiño, M. Cid Mendzano y S. Rabanal Iglesias

Servicio de Anestesiología. Hospital General de Galicia. Santiago de Compostela.

1. Brain AII. The laryngeal mask- a new concept in airway management. *Brit Jour Anaesthesia* 1983; 55:801-805.
2. Vaca JM, Cabal JV, Camarero EJ, Vega A. La máscara laríngea. *Rev Esp Anestesiología Reanim* 1992; 39:28-33.
3. Heath ML, Allagain J. Intubation through the laryngeal mask. A technique for unexpected difficult intubation. *Anaesthesia* 1991; 46:545-548.
4. Smith JE, Sherwood. Combined use of laryngeal mask airway and fiberoptic laryngoscope in difficult intubation. *Anaesthesia and Intensive Care* 1991; 19:471.

Ingeniería social popperiana frente a esencialismo platónico en la elección de jefe de servicio

Sr. Director: En relación con el diálogo abierto meses atrás en las páginas de esta revista entre García Pachón y López Mejías¹⁻³, me ha parecido que no sería superfluo realizar las consideraciones que siguen.

Resulta claro, a mi juicio, que la educación intelectual que se nos ha dado en nuestro ámbito cultural está muy impregnada de los patrones del escolasticismo platónico-aristotélico, sin que apenas haya hecho mella en nuestras instituciones docentes el esfuerzo antimetafísico que, desde el siglo XVIII (Hume, Kant) y especialmente en la primera mitad de nuestro siglo (Wittgenstein, Círculo de Viena, Russell, Popper), se viene produciendo en el mundo anglosajón sobre todo europeo.

Haçe aproximadamente veinticuatro siglos, Platón fijó el problema fundamental de la política en la pregunta: ¿Quién debe gobernar el estado? Sin embargo, ya hace casi cinco décadas que Karl Popper, filósofo y metodólogo de la ciencia contemporáneo de origen vienés y afincado en Londres, nos hizo ver, en su magistral crítica de los totalitarismos tanto antiguos (Platón) como modernos (marxismo y fascismo)⁴, la inutilidad de formular tal tipo de preguntas de carácter esencialista por ser inoperantes e impropias del método científico (tal y como hoy lo entendemos: hipotético-deductivo) y conducentes en el ámbito de la teoría y la praxis políticas a actitudes autoritarias. "Es evidente, cito textualmente a Popper, que una vez formulada la pregunta: ¿Quién debe gobernar?, resulta difícil evitar las respuestas de este tipo: 'el mejor', 'el más sabio', 'el gobernante nato' (o también, quizás, 'La Voluntad General', 'La Raza Superior', 'Los Obreros Industriales', o 'El Pueblo')". Popper demuestra en su libro que este tipo de respuestas no solucionan ningún problema fundamental de la teoría política y hace ver (como López Mejías en su carta de contestación al editorial de García Pachón) lo difícil que es establecer un gobierno en cuya bondad y sabiduría pueda confiarse sin temor, proponiendo reemplazar la pregunta "¿Quién debe gobernar? con la nueva pregunta: ¿En qué forma podemos organizar las instituciones políticas a fin de que los gobernantes malos o incapaces no puedan ocasionar demasiado daño?" (que básicamente es el núcleo de la réplica de López Mejías).

Así pues, teniendo en cuenta las premisas anteriormente enunciadas, las cuales tengo por verdaderas, se comprenderá que no pueda estar en absoluto de acuerdo con la afirmación de García Pachón en su contestación a López Mejías de que "la mayoría [de sus comentaristas] no hacen sino "ampliar" y "adornar" algunas de las reflexiones que se recogieron en el editorial.

El punto de vista de García Pachón, fundamentalmente esencialista, se centra en la búsqueda del jefe de servicio platónico imposible (el gobernante sabio-filósofo). Una especie de ser humano paternal e iluminado "capaz de desarrollar sus múltiples funciones de forma armónica, con el máximo aprovechamiento... que garantiza el nivel profesional de su servicio... estimula el estudio e interés científico en todos los miembros del grupo... propicia y atempera las justas ambiciones profesionales, buscando los cauces adecuados para satisfacerlas.. el encargado de asegurar una formación completa adecuada", llegando en su afán de definir sus "atributos esenciales" a exigirle poderes adivinatorios: "Por otra parte, debe prever la evolución de la neumología y orientar su actividad en concurrencia con ese futuro".