



TABLA I

Hallazgos toracoscópicos	N.º pacientes	Recidiva %
Normal	26	3,8
Múltiples adherencias	7	83,3
Bullas < 2 cm	22	4,7
Bullas > 2 cm	49	62

Estimamos que ni el calibre de los drenajes ni la instauración o no de aspiración ni la duración del tiempo del drenaje son factores que intervengan en la disminución de las tasas de recidiva y todo enfoque terapéutico debe de estar basado fundamentalmente sobre el conocimiento del estado de la unidad pleuro-pulmonar, tales como bullas, adherencias y todas las circunstancias que dificulten la reexpansión del parénquima pulmonar.

El hemotórax y ciertas circunstancias socio-laborales son indicaciones quirúrgicas infrecuentes pero clásicamente aceptadas y de una manera seleccionada también compartidas por nosotros.

J. Torres Lanzas y J.J. Rivas de Andrés

Servicio de Cirugía Torácica.
Hospital Juan Canalejo La Coruña.

1. Lobo Beristain JL. Sobre las indicaciones quirúrgicas en el neumotórax espontáneo idiopático. Arch Bronconeumol 1992; 28:203-204.
2. Torres J, Rivas JJ. Recidiva del neumotórax espontáneo y su relación con la presencia de bullas. Arch Bronconeumol 1985; 21:212-216.
3. Torres Lanzas J, Rivas de Andrés JJ. La toracoscopia en el neumotórax espontáneo. Arch Bronconeumol 1986; 22:75-78.
4. Torres J, Rivas JJ. Tratamiento del neumotórax espontáneo. Nuevo enfoque terapéutico basado en la toracoscopia durante el primer episodio. Cirugía Española 1988; 43:549-553.

Biopsia bronquial en el diagnóstico de sarcoidosis

Sr. Director: La biopsia transbronquial (BTB) es el método diagnóstico propuesto habitualmente en la sarcoidosis intratorácica, y su rentabilidad varía ampliamente según diversos autores, entre el 45 y el 90 %^{1,2}. La realización de biopsias de la mucosa bronquial aumenta la rentabilidad diagnóstica obtenida con la BTB y es, en ocasiones, la única técnica que aporta el diagnóstico³. A pesar de ello, su práctica es poco frecuente en nuestro medio¹. Presentamos un caso de sarcoidosis en el que se obtuvo el diagnóstico mediante la biopsia bronquial y la BTB fue negativa.

Mujer de 55 años de edad, no fumadora y sin antecedentes personales de interés. Cuatro meses antes había sido diagnosticada de eritema nudoso y tratada por su dermatólogo con corticoides, remitiendo la lesión. Con posterioridad se le realizó una radiografía de tórax que mostraba aumento de tamaño y densidad de ambos hilos, de contorno lobulado, compatible con adenopatías, por lo que fue remitida a nuestra Sección. La exploración física, el hemograma y la bioquímica sérica fueron normales. Enzima conversor de la angiotensina (ECA) 34 U/l (valores normales: 20-60 U/l). Los gases arteriales con FiO₂ de 0,21 fueron: pH 7,404; PaO₂ 77 mmHg; PaCO₂ 42 mmHg. El electrocardiograma mostraba ritmo sinusal, sin alteraciones. Los valores espirométricos fueron FVC 2,86 l (90 % del teórico), FEV₁ 2,49 l (104 %), FEV₁/FVC 87 %. Se realizó una TAC de tórax que mostraba adenopatías hiliares bilaterales, así como subcarinales y paratraqueales derechas. En la broncofibroscopia la tráquea y el árbol bronquial bilateral eran de morfología normal con secreciones serosas escasas. Se realizaron tres biopsias bronquiales de la carina de separación de lóbulo medio y lóbulo inferior derecho (LID), y BTB en segmento lateral del LID. El resultado anatomo-patológico de la BTB fue de parénquima pulmonar con alveolos parcialmente ocupados por contenido hemático, en la biopsia bronquial se observaron granulomas no caseificantes compatibles con sarcoidosis.

La afectación endobronquial en la sarcoidosis es más frecuente de lo que se puede

observar en el campo de visión accesible al broncofibroscopio, ya que puede afectar a los bronquios más distales⁴. No obstante, la biopsia de mucosa bronquial de zonas sin lesión macroscópica puede resultar también positiva, así Armstrong et al³ encontraron seis biopsias bronquiales diagnósticas en 16 pacientes en los que no había evidencia morfológica de afectación bronquial; cuando había alteraciones de la mucosa la rentabilidad fue superior al 60 %. En nuestro caso la biopsia bronquial de una mucosa morfológicamente normal permitió el diagnóstico de sarcoidosis, siendo la BTB negativa.

Recientemente se ha sugerido que una biopsia endobronquial positiva en los pacientes con sarcoidosis podría reflejar una mayor intensidad inflamatoria de la enfermedad⁵.

Por todo lo anterior creemos que está justificado realizar la biopsia bronquial en la exploración broncoscópica de pacientes con sospecha de sarcoidosis, ya que aumenta la rentabilidad diagnóstica y podría aportar información pronóstica.

I. Padilla Navas, C. Shum y M. Ull

Sección de Neumología y Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Elche. Alicante.

1. Badrinas F, Morera J, Fite E et al. Sarcoidosis en Cataluña: análisis de 425 casos. Med Clin (Barc) 1989; 93:81-87.
2. Koontz CH, Joyner LR, Nelson RA. Transbronchial lung biopsy via the fiberoptic bronchoscope in sarcoidosis. An Intern Med 1976; 86:64-66.
3. Armstrong JR, Radke JR, Kvale PA, Eichenhorn MS, Popovich J. Endoscopic findings in sarcoidosis. Characteristics and correlations with radiographic staging and bronchial mucosal biopsy yield. Ann Otol 1981; 9:339-343.
4. Dines DE, Stubbs SE, MacDougall JC. Obstructive disease of the airways associated with stage I sarcoidosis. Mayo Clin Proc 1978; 53:788-791.
5. Bjermer L, Thunell M, Rosenhall L, Stjernberg N. Endobronchial biopsy positive sarcoidosis: relation to bronchoalveolar lavage and course of disease. Respir Med 1991; 85:229-234.

Información

INTERNATIONAL MEETING ON "OXYGEN TRANSPORT IN HEALTH AND DISEASE"

Barcelona, noviembre 4-6, 1993

Secretaría técnica:

Srta. Conxi Gistau
Servicio de Neumología
Hospital Clínico y Provincial
Villarreal, 170
08036 Barcelona
Spain

Tel. 34 3 454 60 00 ext. 2353
Fax. 34 3 454 47 20

Fe de erratas

En el número de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, Vol. 29, n.º 1, 1993; 51-52, aparece una errata en el título de la carta firmada por el Dr. Rodríguez Roisín, donde dice "alveolo-capilar" debe decir "alveolo-arterial".