



Pénfigo vulgar asociado a carcinoma epidermoide de pulmón.

Sr. Director: El Dr. Jiménez Mena et al han presentado recientemente en su revista un caso de carcinoma epidermoide de pulmón acompañado de penfigoide bulloso¹. El pénfigo es otra enfermedad dermatológica emparentada con la anterior. Existe una mayor incidencia de neoplasias en enfermos con pénfigo que en controles normales^{2,3}. Siendo los tipos más frecuentemente encontrados los que afectan al sistema linfóide y al sistema retículo-endotelial³, aunque se ha descrito diferentes tipos de tumores sólidos asociados a esta enfermedad. El cuadro cutáneo puede surgir antes, simultáneamente o después del diagnóstico del proceso neoplásico. Presentamos el caso de un paciente que presentó un pénfigo asociado a un carcinoma epidermoide de pulmón, esta asociación ya ha sido publicada anteriormente sin que ello disminuya su rareza⁴.

Varón de 83 años de edad, con antecedentes personales de diabetes mellitus insulino-dependiente desde hace seis años, insuficiencia renal y polineuropatía distal. Intervenido de cataratas y prostatectomizado. Además cumple criterios de bronquitis crónica y fue diagnosticado en otro ingreso en otro centro de hepatopatía crónica con varices esofágicas. En octubre de 1988 fue ingresado, objetivándose una imagen pulmonar compatible con neoplasia que no se filió histológicamente por no aceptar el enfermo procedimientos agresivos. En ese momento, una tomografía axial computarizada no evidenció metástasis cerebrales ni hepáticas.

Acude a nuestro centro en enero de 1989, refiriendo presentar desde hace dos meses frecuentes heridas ante traumatismo mínimos y denotar la aparición de ampollas de diferente tamaño, con prurito y escozor. Notó que aumentaban tras desprenderse tiras de «esparadrapo». Asimismo indica disnea de esfuerzos moderados, tos y leve dolor torácico. A la exploración se objetivan múltiples erosiones y algunas ampollas con contenido claro sobre base eritematosa. Signo de Nikolski positivo. Auscultación cardiaca: normal. Auscultación pulmonar: disminución del murmullo vesicular en base izquierda con estertores crepitantes. Abdomen: hepatomegalia no dolorosa a 4 cm. Laboratorio: Coulter normal; urea: 75 mg/dl; creatinina: 1,65. Orina: proteinuria de 10 gr/día. ECG: normal. Rx de tórax: Masa pulmonar izquierda parahiliar de 3 cm de diámetro. Cultivo de esputo negativo. Citología de esputo: compatible con carcinoma epidermoide. No se realizó fibrobroncoscopia por negativa familiar. Tras tratamiento con esteroides a dosis altas y ciclofosfamida remitió en su totalidad el cuadro cutáneo, siendo dado de alta a los 15 días de su ingreso con el diagnóstico de pénfigo vulgar y carcinoma epidermoide pulmonar.

Posteriormente se recibió una inmunofluorescencia directa positiva, resultado de una biopsia cutánea que se realizó durante su in-

greso. Dada la edad del enfermo y sus múltiples patologías previas no se valoraron otras posibilidades terapéutica de su neoplasia pulmonar, salvo las meramente sintomáticas.

A. Palomo Arellano, F. Marcos Sánchez y A. Durán Pérez-Navarro

Servicio de Medicina Interna. Hospital del Insalud de Talavera de la Reina. Toledo.

1. Jiménez Mena M. Sánchez Ruano JJ, Delgado Pérez E. Carcinoma de pulmón y penfigoide bulloso. Arch Bronconeumol 1988; 24:267-268.

2. Krain LS. The association of penphigus with thymoma o malignancy: a critical review. Br J Dermatol 1974; 90:397-405.

3. Krain LS Bierman SM. Penphigus vulgaris and internal malignancy. Cancer 1974; 33:1091-1099.

4. Mohommed Y, Mandel M Cromer SF et al. Squamous cell carcinoma arising in penphigus vulgaris during immunosupresive therapy. Cancer 1980; 46:1374-1377.

A propósito de los beneficios de la administración de oxígeno durante la noche.

Sr. Director: He iniciado con interés la lectura del artículo de Gimeno et al¹. El hecho de cuestionarse una hipótesis e intentar su «falsación» es imprescindible para el desarrollo del conocimiento científico. Desde un punto de vista popperiano², la resistencia a la «falsación» refuerza las hipótesis. En el caso de la oxigenoterapia domiciliaria, poco después de la aparición de los estudios considerados como fundamentales, los del NOTT (USA, 1980) y del MRC (Reino Unido, 1981), ya se publicaron puntos de vista que cuestionaban la metodología empleada³.

Al finalizar la lectura del trabajo de Gimeno et al, me parece que las conclusiones que aportan no coinciden con los objetivos que se plantean. En las respuestas de Sánchez Agudo y Estopa Miró, ya se cuestiona la poca claridad de los criterios de selección de los pacientes⁴ y que el mayor número de ingresos y días de estancia y la mortalidad tampoco tienen explicaciones satisfactorias⁵.

Quisiera añadir tres comentarios al artículo de Gimeno et al:

En primer lugar, los autores no explican cómo administran el oxígeno (gafas nasales, catéter...) ni qué efectos tiene la administración de 0,5 litros/minuto. La «dosis» de oxígeno sólo puede determinarse por medio del ensayo y error. No puede predecirse sin hacer determinaciones directas de la PaO₂ de la saturación de la hemoglobina. La mayoría de pacientes se benefician de la administración de oxígeno a dosis entre 1-2 litros/minuto, y que deben incrementarse durante el sueño o el ejercicio, de manera que la PaO₂ se mantenga por encima de 60 mmHg. Parece poco útil la administración de oxígeno a dosis de 0,5 l/min, a no ser que los autores hayan confirmado que a esa dosis se resuelve la hipoxemia durante el sueño.

La limitación crónica al flujo aéreo (ICFA) tiene efectos directos sobre la calidad de vida en el sentido de limitar la movilidad de los pacientes y en la imposibilidad de mantener los hábitos recreativos y laborales usuales⁶. La medición de la mejoría de la ca-

lidad de vida de los pacientes es importante cuando las intervenciones que hacemos no tienen repercusiones en los parámetros mecánicos de función pulmonar. Mediante un cuestionario simple pueden valorarse más adecuadamente estos aspectos y cuantificar los resultados⁷. La argumentación simple de que no se ha apreciado mejoría clínica puede utilizarse para descalificar un tratamiento cuando quizás el paciente puede tolerar mejor el ejercicio, o tener menos disnea, etc.

Otro aspecto es el del cumplimiento de la prescripción. Resulta sorprendente que los autores atribuyan el descenso de la poliglobulia a un buen cumplimiento de la oxigenoterapia.

En nuestro medio, tras estudiar 619 pacientes con oxigenoterapia domiciliaria, el 66 % de los mismos aceptaban que recibían el oxígeno menos de 5 horas/día, y únicamente el 10 % decían que lo recibían más de 15 horas/día, resultados que coinciden con la mayoría de autores. La complejidad del régimen terapéutico, el hecho de que implique cambios en el estilo de vida del paciente y la poca relación entre la administración del tratamiento y los beneficios, podría ser la causa del bajo cumplimiento.

Pero en cualquier caso, parece poco probable que si se prescribe la administración de oxígeno durante la noche, los pacientes de Gimeno et al, lo reciban durante más de 15 horas al día. Si los autores aceptan que sus pacientes han recibido el oxígeno durante 15 horas/día, y que las consecuencias de este tratamiento no son beneficiosas, los resultados todavía son más contradictorios. Parece que la conclusión del trabajo puede ser que, un grupo de nueve pacientes que recibe oxígeno unas 15 horas/día tiene una evolución peor que un grupo similar que no recibe oxígeno. No pueden demostrarlo con los resultados aportados.

Creo que quedan cuestiones pendientes referentes al tratamiento domiciliario con oxígeno. Debemos valorar la eficacia y la eficiencia de la administración de oxígeno durante el esfuerzo o durante el sueño, ya que es probable que se acentúen las discusiones sobre los criterios de indicación. Para ello necesitaremos múltiples aportaciones, pero los artículos como el comentado contribuyen poco a aclarar el tema.

J. Escarrabill. Serveis Sanitaris Àrea 5.

Servei de Pneumologia. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet. Barcelona.

1. Gimeno F, Berg W Chr, Steenhuis E.J, Van Veenen R, Peset Reig R. ¿Cuándo debe administrarse oxígeno durante la noche en enfermos pulmonares crónicos no específicos? Arch Bronconeumol 1988; 24:119-122.

2. Maclure M. Popperian refutation in epidemiology. Am J Epidemiol 1985; 121:343-350.

3. Grant IWB. Oxygen in the home. Br Med J 1982; 284:417.

4. Sanchez Agudo L. La oxigenoterapia en los enfermos pulmonares crónicos. Arch Bronconeumol 1988; 24:123-125.

5. Estopa Miró R. La oxigenoterapia continua. Arch Bronconeumol 1988; 24:126-127.