



uH (fig. 2). Ecografía abdominal: compatible con colelitiasis.

En la literatura revisada se considera el caso más longevo de microlitiasis alveolar el de una mujer comunicada por Sears et al³ que murió a los 80 años por insuficiencia respiratoria. Sin embargo, había sido diagnosticada 16 años antes, cuando ya presentaba síntomas respiratorios. Nuestra paciente con afectación parenquimatosa extensa en el momento del diagnóstico, sólo aquejaba episodios infectivos bronquiales de repetición, que son considerados como una manifestación inicial de las formas sintomáticas¹, lo que hace suponer que el proceso evolutivo de su enfermedad puede tardar varios años en completarse.

Por otra parte, la falta de repercusión aparente en espirometría, gasometría y ECG, viene a confirmar la ya señalada disociación clínico-radiológica⁴, frecuente en este tipo de pacientes.

En ellos, la práctica de biopsia pulmonar ha sido considerada innecesaria, dado el aspecto radiológico característico inconfundible que presentan y peligrosa por conllevar el riesgo de complicaciones graves⁴. Fue por eso por lo que nosotros no realizamos ningún proceder invasivo.

Son escasos los pacientes con microlitiasis alveolar que han sido estudiados mediante TAC^{5,6}. Sus hallazgos han sido considerados patognomónicos y más completos que los aportados por la radiografía simple, para valorar la extensión de las calcificaciones a nivel pleural, subpleural y mediastínico. En todo caso constituye una técnica no invasiva que permite la confirmación diagnóstica.

S. Romero Candeira,

F. De Juan Burguño* y C. Martín Serrano

Sección de Neumología (Servicio de Medicina Interna) y Servicio de Radiodiagnóstico (*) Hospital de Alicante (Servicio Valenciano de Salud).

1. Kino T, Kohara Y, Tsuji S. Pulmonary alveolar microlithiasis. A report of two young sisters. *Am Rev Respir Dis* 1972; 105:105-110.

2. Prakash UBS, Barham SS, Rossnow EC, Brown ML, Payne WS. Pulmonary alveolar microlithiasis. A review including ultrastructural pulmonary function studies. *Mayo Clin Proc* 1983; 58:290-300.

3. Sears MR, Chang AR, Taylor AJ. Pulmonary alveolar microlithiasis. *Thorax* 1971; 26:704-711.

4. Sadaba Garay F, Miguel de la Vila F, Franco Vicario R, Ibarria Lahuerta J, Bustamante Murga V. Microlitiasis alveolar pulmonar. *Rev Clin Esp* 1980; 157:309-311.

5. Winzelberg GG, Boller M, Sachs M, Weinberg J. CT evaluation of pulmonary alveolar microlithiasis. *J Comput Assist Tomogr* 1984; 8:1029-1031.

6. Hawass ND, Noah MS. Pulmonary alveolar microlithiasis. *Eur J Respir Dis* 1986; 69:199-203.

Punción capilar

Sr. Director: En la «Normativa sobre Gasometría Arterial», los autores citan la pun-

TABLA I
Gasometría capilar y arterial en 24 pacientes

	pO ₂		pCO ₂		pH	
	cap	art	cap	art	cap	art
1*	73	74	71	68	7,33	7,32
2*	94	87,9	40,5	39,8	7,39	7,37
3*	86,4	92	68	63,6	7,33	7,34
4	60,8	60,2	54,7	52,8	7,35	7,36
5	47	46	56	57	7,31	7,31
6*	65	63,9	83,6	85,6	7,22	7,21
7	63	63	40	39	7,39	7,41
8*	56	58,2	44,1	42,3	7,40	7,41
9*	61	64	34	30	7,42	7,45
10*	75,9	78	85,9	82	7,27	7,27
11	70	71,2	34	33,5	7,44	7,44
12	56	55	47	45	7,44	7,41
13	66	65,9	44	44,4	7,36	7,40
14	87	95	42	40	7,41	7,41
15	52	52	56	43	7,41	7,49
16	52	52	61	59,8	7,33	7,34
17	40	40,5	48	47,3	7,34	7,40
18	56	58	48	45	7,38	7,38
19	65	65	43	42	7,37	7,38
20	48	48	56	54	7,37	7,37
21	73	70	34	32	7,36	7,35
22	43	44	59	57	7,34	7,33
23	85	89	39	39	7,41	7,39
24	67	69	44	43	7,39	7,37
Medidas difer.	64,2	NS 65	51,3	NS 49,3	7,365	NS 7,367

* con oxigenoterapia.

ción capilar como alternativa de punción arterial, refiriendo su empleo en lactantes y niños por su dificultad; y parece que desaconsejando su empleo en el paciente adulto. Es precisamente en este punto donde no estamos de acuerdo.

Si como describimos en el trabajo titulado «Utilidad de la gasometría capilar»¹, se aplica el método a los pacientes adecuados y con la técnica correcta, tal y como describe Ulmer^{2,3}, los valores obtenidos con la gasometría capilar no son significativamente diferentes a los obtenidos por punción arterial (ver tabla adjunta), siempre que se tengan en cuenta las siguientes condiciones:

- 1 — Que se haga una buena hiperemia del lóbulo de la oreja
- 2 — Que la sangre fluya a «gota continua», sin exprimir el lóbulo en ningún momento.
- 3 — Que la medición sea inmediata.
- 4 — Que no exista en el paciente un estado de baja perfusión.

En resumen, creemos que es un método útil en enfermos más o menos estabilizados, que requieren controles gasométricos periódicos frecuentes, en los que la punción arterial les produce mayor disconfort.

E. Ubeda Martínez, M. Valle Martín.

Hospital de Enfermedades del Tórax. El Escorial (CAM).

1. Ubeda Martínez E, Valle Martín M, Campo Adsuar F. Utilidad de la gasometría capilar. *Enf Torax* 1985; 34:71-74.

2. Ulmer W T, Reichel G, Nolte D: Die Lungenfunktion Physiologie und Pathophysiologie, Methodik. Stuttgart G. Thieme, 1976.

3. Ulmer W T, Berta G, Reichel G. Sauerstoff und Kohlensaurepartialdruckmessung in Arteriellen und im Ohrlippchenkapillarbult mit stabilisierten Mikroelektroden. *Med Thorax* 1983; 20:235.

Efectivamente, la «Normativa sobre Gasometría Arterial» no recomienda el empleo de la punción capilar como alternativa de la arterial. Esta «recomendación» coincide con la opinión de la mayoría de expertos sobre el tema, basada en las diferentes series recogidas en la literatura internacional. A este respecto, sugeriríamos una lectura detallada de la página 323 del capítulo 26 de la referencia 10 (Clausen JL, ed) de la Normativa. En cualquier caso, la validez de la punción capilar puede estar mediatizada por diversos factores que limitan su aplicabilidad sistemática, como muy bien señalan los Dres. Ubeda y Valle, a quienes agradezco en nombre del Grupo de Trabajo su aportación e interés sobre este tema.

R. Rodríguez Roisin

Neumonía neumocócica cavitada ¿infarto o superinfección?

Sr. Director: La aparición de cavitación en la evolución de la neumonía neumocócica es una posibilidad poco frecuente^{1,2}, cuya etiopatogenia no está perfectamente aclarada. Presentamos un caso de cavitación de una