



BIBLIOGRAFIA

1. Ross EJ. Extrapulmonary syndromes associated with carcinoma of the lung. En: Fishman AP. Pulmonary diseases and disorders. New York, Mac Graw-Hill 1980; 1404-1416.
2. Bunn PA, Minna JD. Paraneoplastic syndromes. En: De Vita, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer. Principles and practice of oncology. Philadelphia, Lippincott 1985; 1798-1842.
3. Laval P, Kleisbauer JP, Bettendorf A, Colonna J, Poirier R. Carcinomes bronchiques primitifs. Etude radio-clinique. Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1980; 6022 D10, 6.
4. Minna JD, Higgins GA, Gatstein EJ. Cancer of the lung. En: De Vita VT, Heliman S, Rosenberg SA. Cancer. Principles and practice of oncology. Philadelphia, Lippincott 1985; 507-598.
5. Rassam JW, Anderson G. Incidence of paramalignant disorders in bronchogenic carcinoma. Thorax 1975; 30:86-90.
6. Nathanson L. Remote effects of cancer on the host. En: Horton J, Hill GJ. Clinical oncology. Philadelphia, WB Saunders 1977; 49-102.
7. Doyle JA, Perry HO. Dermatologic effects of cancer. En: Holland JF, Frei E. Cancer medicine. Philadelphia, Lea & Febiger 1982; 1251-1264.
8. Haynes HA, Curth HO. Cutaneous manifestations associated with malignant internal disease. En: Fitzpatrick TB et al. Dermatology in general medicine. New York, Mac Graw-Hill 1979; 1343-1352.
9. Klein E, Schwartz RA. Cancer and the skin. En: Holland JF, Frei E. Cancer Medicine. Philadelphia, Lea & Febiger 1982; 2057-2108.

Tromboembolismo pulmonar en el lupus eritematoso sistémico

Sr. Director: En caso clínico descrito por Reverter et al en Archivos de Bronconeumología, página 34/36 de Enero-Febrero de 1986, bajo el título arriba enunciado, merece algún comentario. Los autores basan el diagnóstico de embolismo pulmonar (EP) en defectos subsegmentarios en la gammagrafía pulmonar de perfusión. Como es sabido, en estas circunstancias la probabilidad de que el enfermo tenga un EF es baja. Es cierto, sin embargo, que en presencia de trombosis venosa (TV), y ante un cuadro compatible con EP y descartadas otras patologías, la probabilidad de que cualquier defecto en la gammagrafía pulmonar de perfusión corresponda en realidad a un EP, es muy alta. De nuevo los autores aseguran el diagnóstico de TV en base a flebografía isotópica de extremidades inferiores y/o doppler, técnicas que tienen una correlación con la flebografía radiológica del 90 % aproximadamente en el diagnóstico de las TV del sector venoso por encima de la rodilla. Asimismo, llama la atención la escasa bibliografía específica sobre la flebografía isotópica, el doppler y la gammagrafía pulmonar de perfusión, bases sobre las que asienta el diagnóstico de esta comunicación.

Creo, por tanto, que Reverter et al presentan un caso con alta probabilidad de tromboembolismo venoso (TEV), pero que para documentarlo

de forma inequívoca, deberían haber realizado exploraciones vasculares con contraste.

C. Barbosa Ayucar

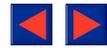
Sección de Neumología. Hospital 1.º de Octubre. Madrid.

BIBLIOGRAFIA

1. Cheely et al. The role of noninvasive test versus pulmonary angiography in the diagnosis of pulmonary embolism. Am J Med 1981; 70:17.
2. McNeil et al. Ventilation/perfusion studies and the diagnosis of pulmonary embolism: concise communication. J Nucl Med 1980; 21:319.
3. Ahmad et al. Radionuclide venography and lung scanning: concise communication. J Nucl Med 1979; 20:291.
4. Painter et al. Thrombophlebitis: diagnosis and techniques. Angiology 1980; 31:386.
5. Bentley et al. Radionuclide venography in the management of proximal venous occlusion. A comparison with X-ray contrast venography. Brit J Radiol 52:289.
6. Pozo A, Barbosa C. Fiabilidad y precisión de los métodos diagnósticos del TEV. PAR 1985; 33:55.

Contestación de autores

Como bien dice el Dr. Barbosa en su carta, el conjunto de los datos clínicos, radiológicos, gammagráficos pulmonares y de exploración de la circulación periférica mediante flebografía isotópica y doppler, hacían que el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar fuera altamente probable. La evolución posterior confirmó que la orientación diagnóstica era correcta. No obstante, en su carta el Dr. Barbosa echa en falta el haber realizado una exploración vascular con contraste para confirmar de forma inequívoca la existencia de una trombosis venosa (TV). Si bien es cierto que esta exploración es considerada como la más fidedigna para el diagnóstico de TV, no fue planteada su realización en nuestro caso, ya que como ha sido señalado la probabilidad de que se tratara de un tromboembolismo pulmonar era muy elevada. Sentimos discrepar con el Dr. Barbosa, pero no creemos que sea necesaria una exploración invasiva en estos casos, en los que el diagnóstico de embolia pulmonar, es tan altamente probable, que no precisa de recurrir a más exploraciones. Como tampoco creemos necesario, por ejemplo, realizar una biopsia pulmonar para llegar al diagnóstico de asbestosis en un paciente con exposición al amianto que además tiene estertores crepitantes, acropaquia y calcificaciones pleurales, o como en el caso de la muchacha joven con poliartalgias, eritema nodoso y adenomegalias hiliares bilaterales, en la que el diagnóstico de sarcoidosis no requiere necesariamente de la práctica de una biopsia.



En nuestra opinión, el ejercicio de la Medicina, entre otras cosas, no consiste simplemente en realizar en cada enfermo «todas» las exploraciones posibles, sino sólo las «necesarias» para hacer un diagnóstico razonado.

Por otra parte, también es cierto que no se citan trabajos sobre la utilidad de las diversas técnicas diagnósticas TV, técnicas que el Dr. Barbosa conoce muy bien y que está magníficamente recogidas en sus publicaciones recientes; sin embargo, la intención de nuestro caso era llamar la atención, sobre una complicación del LES que posiblemente no es muy conocida, más que discutir sobre los problemas del diagnóstico del TV.

C. Picado et al

Obstrucción crónica al flujo aéreo con artritis reumatoidea y síndrome de Sjögren. Probable bronquiolitis obliterante

Sr. Director: Hemos leído con interés el artículo «Obstrucción crónica al flujo aéreo asociado a artritis reumatoidea y síndrome de Sjögren. Probable bronquiolitis obliterante»¹.

En la introducción del mismo, los autores citan que no han encontrado en la literatura española ninguna referencia a este problema.

En esta misma revista, en su volumen previo, publicamos una nota clínica sobre «Bronquiolitis obliterante en una paciente afectada de artritis reumatoide»², documentada anatomopatológicamente y sin tratamiento previo con drogas que pudieran ser causa potencial de bronquiolitis.

Evidentemente los autores remitieron su artículo el 7 de febrero del 85, no habiendo publicado todavía nuestro trabajo.

Nos sorprende que el Consejo Editorial pase por alto esta anomalía. máxime cuando nuestra publicación fue motivo de la editorial «Bronquiolitis obliterante»³, firmado por su secretario de redacción.

C. Paredes Arranz, J.L. Carretero Sastre
y M. Blanco Cabero

Servicio de Neumología.
Hospital del Río Ortega. Valladolid.

BIBLIOGRAFIA

1. García Marrón M, García Muñoz JP, Gallo Marín F et al. Obstrucción crónica al flujo aéreo asociada a artritis reumatoide y síndrome de Sjögren. Probable bronquiolitis obliterante. Arch Bronconeumol 1986; 22:37-40.
2. Paredes Arranz C, Carretero Sastre JL, Blanco Cabero M. Bronquiolitis obliterante en una paciente afectada de artritis reumatoide. Arch Bronconeumol 1985; 21:127-130.
3. Manresa F. Bronquiolitis obliterante. Arch Bronconeumol 1985; 21:97-98.

Respuesta a los autores

«Efectivamente, los Dres. Paredes Arranz y colaboradores llaman la atención con razón sobre la existencia previa de su publicación de una paciente con bronquiolitis obliterante. En su momento, el Consejo Editorial consideró oportuno no hacer uso de información todavía en fase de publicación y, en consecuencia, no advirtió al Dr. García Marrón de la misma, lo que, el Consejo no entiende como anomalía. La carta de los doctores arriba mencionados otorga el adecuado crédito de prioridad a la mencionada publicación.»

El Director

INFORMACION VARIA

S.E.P.A.R.

Convoca:

Beca de los Laboratorios FHER, S.A. 1986 para investigación sobre patología respiratoria.

Se convoca una beca dotada con 900.000 ptas. con la finalidad de realizar un trabajo de investigación neumológica en un centro español reconocido. La participación en el concurso y la adjudicación de las becas se realizará según las bases generales que rigen para las Becas S.E.P.A.R., cuyas características deben solicitarlas a:

Comité Científico de S.E.P.A.R.
Rosellón, 285. Tel. (93) 257 48 39
08037 Barcelona

Las solicitudes deberán presentarse antes del 30 de septiembre de 1986.

En la adjudicación de la Beca FHER, actuará como secretario del Jurado, sin voz ni voto, un representante de Laboratorios FHER.

Laboratorios FHER, S.A. tendrán el derecho de publicar el resultado de esta investigación en España y en el extranjero, divulgarlo, traducirlo a otros idiomas, etc.