



es digna de tenerse en consideración en este tipo de enfermos.

**J.A. Hermida Gutiérrez, L. Sánchez Agudo
y J. Fernández-Bujarrabal Villoslada**
Hospital de Enfermedades del Tórax Victoria Eugenia.
Servicio de Neumología.

BIBLIOGRAFIA

1. Myers AR. Manifestaciones pulmonares de las enfermedades del colágeno, «Tratado de Neumología» Fischman AP. Edición española 1983, Ed Doyma, S.A. (España) y Libros McGraw-Hill de México S.A. de C.V. (México); vol 2:865-876.
2. Bégin R, Massé S, Cantin A, Ménard HA, Bureau MA. Airway disease in a subset of nonsmoking rheumatoid patients. Characterization of the disease and evidence for an autoimmune pathogenesis. *Am J Med* 1982; 72:743-750.
3. Paredes Arranz C, Carretero Sastre JL, Blanco Cavero A et al. Bronquiolititis obliterante en una paciente afecta de artritis reumatoide. *Arch Bronconeumol* 1985; 21:127-130.
4. Lahdenso P, Mattila V, Vilppola A. Bronchiolitis in rheumatoid arthritis. *Chest* 1984; 85:705-707.
5. Hunninghake GW, Fanci AS. Pulmonary involvement in the collagen vascular diseases. *Am Rev Respir Dis* 1979; 147-164.
6. Knudson RJ, Slatin RC, Lebowitz MD, Burrows B. The maximal expiratory flow-volume curve normal standards, variability and effects of *Am Rev Respir Dis* 1976; 113:587-600.
7. Tammeling GJ, Quanjer PH et al. Standardize lung function testing (ECCS). *Clin Resp Phys* 1983; 19(supp):7-10.
8. Burrows P, Kasik JE et al. Clinical usefulness of the single-breath. pulmonary diffusing capacity test. *Am Rev Respir Dis* 1961; 84:789-806.

¿Ha llegado el momento de cambiar esquemas con respecto a la citología?

Sr. Director: Debemos confesar que nos han sorprendido agradablemente los escépticos puntos de vista sobre las posibilidades de la citología que manifiesta el Dr. F.J. Guerra Sanz, ya que este escepticismo, compartido todavía por muchos colegas, nos permite apuntar algunas observaciones aportando la experiencia de nuestro citólogo con dedicación a la citología, ya que tal vez permitan un mejor entendimiento.

«¿De verdad, se creen los autores que el clínico puede quedarse tranquilo con tales diagnósticos? Con toda humildad, nos parece demasiado»¹. Efectivamente, en muchos casos no puede quedarse tranquilo, pero debe hacerlo. No es demasiado. En los últimos quince años hemos pasado de aquellos grados de Papanicolaou a los diagnósticos diferenciales. ¿Cree Vd. que los citólogos nos quedábamos tranquilos, cuando al cabo de algún tiempo de experiencia clínica compartida, el cirujano amputaba una mama, o reseca un estómago sin biopsias previas, pero con la confianza puesta en el diagnóstico citó-

lico? Eran los citólogos los primeros que tuvieron que romper sus esquemas y aprender a ser en extremo prudentes, ya que el diagnóstico citológico ha superado con mucho las previsiones que sobre él se habían hecho, llegando en el momento actual, en que todavía se le está descubriendo, a la obtención de diagnósticos muy difíciles para la propia anatomía patológica y tradicionalmente imposibles para la citología. Por lo tanto, creemos sinceramente que sí, que sí ha llegado el momento de cambiar esquemas. Hace años era necesario tener confirmaciones histológicas de los diagnósticos citológicos, ahora esto es imposible en un gran número de casos y podemos andar, «en verdad», con una citología, y esto es mucho más práctico la mayoría de las veces que acudir directamente a la biopsia, especialmente para el paciente que la sufre.

De cualquier forma, y en esto estamos más de acuerdo de lo que Vd. se imagina, en muchos casos la citología no es definitiva, es únicamente «compatible con», y su misión aquí es avisar al clínico de la existencia de una o unas posibilidades en las que a lo peor no había pensado. En estos casos, se planteará la necesidad de corroboración, bien por biopsia, si es posible, bien por una mayor profundidad en el estudio clínico, o bien como interés científico en la autopsia.

Prácticamente, todas las lesiones pulmonares en nuestro medio², se confirmaron por otros procedimientos, excepto en aquellos que por su malignidad se desechó desde el principio un tratamiento curativo.

Finalmente queremos apuntar en el atrevimiento, producto de la ignorancia, suele ser burdo y arrogante, mientras que el estilo de la carta del Dr. Guerra es diametralmente opuesto y nos ha parecido ver en ella la búsqueda de respuestas a unas preguntas que le causan inquietud; es, pues, una carta que merece respuesta en el mismo tono de respeto y colaboración, apuntando en ella, como hemos pretendido hacer, las diferencias del punto de vista del que está al otro lado del microscopio, pensando que detrás de cada frotis hay un paciente que espera curarse.

***J. Azúa Blanco, **M.A. De Gregorio Ariza
y ***F. Conget López**

*Servicio de Citología.

**Servicio de Radiodiagnóstico.

***Servicio de Neumología.

Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

BIBLIOGRAFIA

1. Guerra Sanz FJ. La punción transtorácica. *Archivos de Bronconeumología* 1986; 22:54.
2. De Gregorio Ariza MA, Conget F, Marco R, Mainar A, Azúa J, Roca M. La punción aspirativa transtorácica como método de diagnóstico de las enfermedades pulmonares. *Archivos de Bronconeumología* 1985; 21:150-154.