



## Etiología de los quilotórax de origen no traumático

J. SERRA BATLLES, A. XAUBET, C. PICADO  
y A. AGUSTI VIDAL  
*Servicio de Neumología. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.*

Se estudia la etiología y frecuencia de los derrames pleurales quilosos con exclusión de los de origen traumático, durante un periodo de 7 años (1978-1984). Los criterios diagnósticos que se utilizaron fueron el aspecto lechoso del líquido con presencia de quilomicrones y/o triglicéridos superiores a 110 mg/dl. Fueron diagnosticados 18 quilotórax de un total de 679 derrames pleurales lo que representa una prevalencia de un 2,6 %. La etiología más frecuente fue el linfoma con 11 casos, lo que equivale al 61 % del total, la mayoría de los linfomas eran no hodgkinianos (10 casos). El resto de los derrames quilosos fueron debidos a cirrosis hepática (2 casos), tuberculosis pleural y linfática, bocio retroesternal, carcinoma indiferenciado de células pequeñas (*oat cell*), neoplasia prostática con infiltración linfática retroperitoneal y malformación congénita (linfagiectasia congénita difusa), cada una de estas enfermedades fue responsable de un caso de quilotórax. En 9 pacientes (50 %) el quilotórax se presentó asociado a ascitis quilosa. Los síntomas respiratorios más frecuentes fueron la disnea que apareció en 4 pacientes (22 %) y tos seca en 2 casos (11 %). El derrame quiloso era del lado derecho en 10 pacientes (56 %), bilateral en 5 pacientes (27 %) y del lado izquierdo en 3 casos (17 %).

## Teofilinas en asma bronquial. Programación de la posología

F. DUCE GRACIA, B. SINUES PORTA, J.L. ORCASTEGUI,  
P. MARTINEZ ESPADA, M. VILA JUSTRIBO y S. BELLO DRONDA  
*Servicio de Aparato Respiratorio y Departamento de Farmacología.  
Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.*

La teofilina ha demostrado ser un agente de gran eficacia para el control de los pacientes asmáticos. La gran variabilidad interindividual de su eliminación, así como la potencial cinética dosis-dependiente nos ha llevado a establecer la posología en base a la concentración plasmática en pacientes de nuestro medio, tan distintos, en múltiples facetas de los anglosajones sobre los que se han hecho la mayor parte de los estudios sobre este fármaco.

Hemos estudiado 102 pacientes con edad media de 50,35 años, 56 mujeres y 46 varones, diagnosticados de asma bronquial con clínica, prácticamente diaria y estudios espirométricos con FEV<sub>1</sub> inferior al 70 % del valor teórico. 95 no fumadores y 7 fumadores.

Se administraron dos preparados de teofilina retardada cada doce horas y posteriormente tras cinco días de mantenimiento de la dosis teóricamente óptima se realizaron determinaciones de teofilinemia a las 12 y 4 horas de la toma. El método utilizado fue de TDX (sistema de polarización de fluorescencia).

Hemos obtenido una gran variabilidad de la dosis requerida ( $r = 0,15$ ) para situar a los pacientes en rango terapéutico. La dosis media ha sido 9,75 mg/kg peso, oscilando entre 17 y 4,88. Si diferencias apreciables por sexo. La media de concentraciones mínimas fue de 12,85

microg/ml y la de las máximas de 14,98 microg/ml. Se ha valorado influencia de obesidad (41 paciente con peso superior al 25 % del ideal). Asimismo el tipo de preparado administrado (72 del A y 30 del B) sin apreciarse diferencias significativas. Las fluctuaciones de los niveles, expresado en porcentajes de concentración mínima, han sido muy pequeñas, con una media del 18 % ( $f'c = 0,18$ ) comparada con los valores de más del 100 % obtenidos con formulaciones clásicas. Esta fluctuación sólo se consigue con este tipo de preparados de teofilinas retardadas.

## Pleurodesis con talco a través de toracoscopia en derrames pleurales recidivantes: 45 casos

F. RODRIGUEZ PANADERO, J.J. DEL REY PEREZ,  
F. ROMERO VALERO, M.A. GONZALEZ CASTRO  
y J. LOPEZ MEJIAS  
*Servicio de Neumología. C.S. Virgen del Rocío. Sevilla.*

Para el control de los derrames pleurales recidivantes no es suficiente la práctica de toracentesis repetidas y tampoco la colocación de un simple drenaje, que aumentan mucho los riesgos de sobreinfección y multiloculación, además de la pérdida continuada de proteínas que suponen. Se hace por consiguiente necesaria la introducción de agentes esclerosantes capaces de producir una sínfisis entre las dos hojas pleurales.

## Material y métodos

Hemos usado como agente sinfisante el talco pulverizado sobre la superficie pleural tras la práctica de una toracoscopia y con extracción total del líquido existente. Se ha empleado talco puro y estéril y en volumen que oscila entre 5 y 7 cc.

La técnica de pleurodesis se ha aplicado a 45 enfermos con derrame pleural recidivante, de los que 40 eran portadores de neoplasia intratorácica, 1 correspondió a un pseudo-síndrome de Meigs, 1 a hepatopatía crónica y 3 a insuficiencia cardíaca con derrame no controlable por medios farmacológicos.

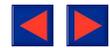
## Resultados

El derrame pleural se controló por completo, de modo que el enfermo no volvió a requerir nueva toracentesis, en 40 casos (89 %). Se obtuvieron malos resultados en un 11 % de los casos, repartidos del modo siguiente:

- Requieren una toracentesis postalcaje 3 casos
- Requieren más de una toracentesis 2 casos
- Requieren segundo tubo de drenaje 1 caso

## Conclusiones

La práctica del talcaje con posterior colocación de drenaje (durante 3,2 días como promedio) se ha mostrado eficaz para controlar totalmente el derrame pleural recidivante en el 89 % de los casos, consiguiéndolo tras una nueva toracentesis hasta en un 95 % de las ocasiones, sin



presencia de ninguna complicación importante. Consideramos necesarias para el talcaje las dos siguientes condiciones:

1. Expectativa de vida aceptable.
2. Descartar atelectasia pulmonar masiva y/o cualquier otro proceso que impida la adecuada reexpansión pulmonar.

### Complicaciones de las prótesis traqueales

J.L. BRAVO BRAVO, R. RAMI PORTA, A. VARELA DE UGARTE, A. ALIX TRUEBA y F. SERRANO MUÑOZ  
Servicio Cirugía Torácica. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

El tratamiento de elección en determinadas lesiones que afectan a la tráquea es el quirúrgico, mediante la resección del área comprometida y anastomosis término-terminal. Sin embargo, existen procesos neoformativos primarios o secundarios que afectan a más de la mitad de la tráquea siendo la única alternativa la sustitución por un prótesis anastomosada terminalmente con los fragmentos sanos o la implantación temporal de un tubo endotraqueal para impedir la obliteración de su luz en procesos de carácter inflamatorio.

Hemos recogido un total de siete casos de patología traqueal con diagnósticos muy variables (carcinoma epidermoide de laringe con recidiva traqueal, carcinoma adenoide quístico, carcinoma epidermoide, carcinoma medular de tiroides con infiltración traqueal, dos estenosis subglóticas postraqueotomía y una estenosis postraumatismo cervical) que podíamos clasificar en dos grupos. El primero incluiría cuatro casos de tumora-ciones primarias y secundarias en los que fue necesaria la sustitución de la tráquea por prótesis de silicona. El segundo estaría compuesto por tres enfermos a los que les fue implantada una prótesis de silicona endotraqueal de manera temporal y que sufrían estenosis subglóticas postraqueotomía o antecedente de traumatismo cervical.

Hacemos referencia a las complicaciones surgidas como fistula traqueoesofágica, dehiscencia de la anastomosis, fistula al tronco braquiocefálico y desplazamiento de la prótesis.

Concluimos en la importancia de cuidar determinados puntos como la tensión de la anastomosis, el invaginar los extremos de las prótesis en el interior de la tráquea y rodear sus terminales con material de Teflon o Dacron y cubrir la línea de sutura con tejidos vecinos como músculo, pericardio, pleura o epiplon para evitar la erosión de estructuras vecinas.

### Neumonía por citomegalovirus e insuficiencia respiratoria grave en inmunodeprimidos

J. GEA, L. RAMIS, A. TORRES, R. RODRIGUEZ ROISIN, J. ROCA y A. AGUSTI VIDAL  
Servicio de Neumología. Hospital Clínico. Barcelona

El *citomegalovirus* (CMV) es un virus del grupo herpes que con frecuencia infecta al ser humano. Esta infección suele ser asintomática o desarrollar un cuadro similar a la mononucleosis infecciosa. Sin embargo, en situaciones

de inmunodepresión, y sobre todo tras trasplante de órganos, el CMV puede dar lugar a cuadros graves, como el síndrome del «distress» respiratorio del adulto (ARDS). La afectación pulmonar por CMV, habitualmente en forma de neumonitis intersticial, es una de las causas menos frecuentes de ARDS. Se presentan 8 pacientes, 5 varones y 3 mujeres, de  $23 \pm 9$  años de edad, portadores de 4 leucemias agudas mieloblásticas con trasplante de médula ósea (TMO), 1 leucemia mieloide crónica con TMO, 1 leucemia aguda mielomonocítica, 1 glomerulonefritis secundaria a síndrome de Schönlein-Henoch con trasplante renal (TR) y 1 glomerulonefritis crónica proliferativa mesangial asimismo con TR. Todos los pacientes se hallaban recibiendo o habían recibido medicación inmunosupresora, que incluía corticoterapia. En los 5 pacientes con TMO se habían realizado pruebas de funcionalismo respiratorio previas al trasplante (normales salvo una DLCO baja en 2 enfermos), y en 3 se repitió la exploración tras el TMO y con anterioridad al desarrollo del ARDS (un tercer paciente mostraba la DLCO baja y 2 más habían desarrollado una alteración ventilatoria restrictiva). Todos los enfermos cumplían criterios clínicos, gasométricos y radiológicos de ARDS, y en 5 casos existió comprobación hemodinámica (enclavada  $15 \text{ cmH}_2\text{O}$ ). El diagnóstico de ARDS y afectación por CMV se comprobó anatomopatológicamente en todos los casos (biopsia pulmonar por minitoracotomía en 5 y pieza necrópsica en los 3 restantes). El cuadro clínico debutó como un proceso febril (8) acompañado de semiología respiratoria, con tos seca (7), hemoptisis (3) y disnea (5). La  $\text{PaO}_2$  inicial fue de  $65,57 \pm 20$  torr. Todos los pacientes requirieron intubación y ventilación mecánica durante  $8 \pm 11$  días. La  $\text{PaO}_2$  inicial con una  $\text{FiO}_2$  de 1 fue de  $91 \pm 98$  torr, siendo la PEEP óptima de  $8,5 \pm 6$ . A pesar de las medidas terapéuticas adoptadas, 7 de los pacientes fallecieron. Una enferma superó el ARDS tras 22 días de ventilación mecánica, falleciendo posteriormente en probable relación con una sepsis por *pseudomonas* de origen urinario.

Sufragado por FISS 83/0819 (INSALUD) y AR 82/2-124 (CIRIT).

### Informatización de un archivo de bronoscopias

J.L. CISNEROS, F. MUNTANE\*, C. PUZO, R. GUÉLL, J. CASTELLA y R. CORNUDELLA  
Servicio de Aparato Respiratorio. Servicio Proceso de Datos\*. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

El objetivo de esta comunicación es la descripción del proceso de informatización de la actividad de la sección de broncología; es decir, la creación de un archivo de las bronoscopias practicadas y su gestión posterior.

Se han hecho 3 programas básicos: uno para la adición de nuevos registros (cada registro corresponde a una bronoscopia) y dos para la consulta o modificación de datos ya introducidos (uno accede al registro por el número de identificación de la bronoscopia, el otro por el nombre del enfermo). Los tres programas verifican los datos introducidos, los comparan con las tablas de codificación preestablecidas, detectan los posibles errores y obligan a su corrección.

El manejo se hace con recursos de informática distribuida. La Sección de Broncología posee una terminal, con teclado y pantalla conectados al ordenador central