



Los resultados obtenidos demostraban que todos los pacientes con valores AT entre 31 y 35 cm, DPA entre 15 y 16,5 cm y DVpA entre 16 y 21,5 cm (intervalos de mayor altura) presentaban tuberculosis apical, descendiendo el porcentaje de ésta a medida que disminuían los valores reseñados. Estas diferencias son estadísticamente significativas en todos los intervalos y por los 3 métodos usados ($p < 0,001$).

Las conclusiones que hemos obtenido son las siguientes:

1. Existe predilección de la post-primoinfección tuberculosa apical pulmonar en los individuos con tórax «largo» y por inferencia en los de talla alta, es decir, de hábito longilíneo.

2. La probabilidad de que una lesión apical sea tuberculosa es tanto mayor cuanto más largo sea el pulmón.

3. En pulmones cortos, las lesiones apicales aisladas, sin otros focos pulmonares, es poco probable que sean tuberculosis.

Neumopatía por medicamentos: características a propósito de 5 casos

J.L. LLORENTE FERNANDEZ, J.A. CRESPO NOTARIO, A. CAPELASTEGUI SAIZ y J. PEREZ IZQUIERDO
Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya

Introducción

Al no existir hallazgos clínicos o patológicos específicos, resulta difícil el establecer el diagnóstico de neumopatía por medicamentos. Por tal motivo presentamos las características clínicas, radiológicas, funcionales y del lavado broncoalveolar de 5 casos estudiados recientemente.

Material y resultados

Se trata de 3 varones y 2 mujeres, con una edad media de 63 años (límites 52 y 75 años). Los medicamentos implicados: amiodarona (2 casos), antidepresivos tricíclicos (2 casos), salicilato-sulfapiridina (1 caso); con una duración media de tratamiento de 6 meses (límites 3 y 12 meses). Los síntomas más frecuentes: disnea de esfuerzo (5 pacientes), fiebre y tos improductiva (2 pacientes), dolor de características pleurales (1 paciente). Radiológicamente se aprecia un patrón intersticial difuso bilateral (2 casos), infiltrados pulmonares bilaterales (2 casos) y mixto (infiltrados bilaterales con patrón intersticial) (1 caso), sin predominio por un determinado medicamento.

Desde el punto de vista funcional respiratorio se aprecia una alteración similar en todos los pacientes con descensos en la capacidad vital (CV), capacidad de difusión para el monóxido de carbono (DCO), presión arterial de oxígeno (PaO_2) y distensibilidad pulmonar, y aumento de la presión máxima inspiratoria (PMI), siendo los valores promedio respectivo en relación con el teórico % (71,4 %, 50,4 %, 67,2 %, 51,6 % y 21,9 %).

El lavado broncoalveolar realizado conforme se ha descrito en la literatura (Am J Pathol 1979; 97:149-206) mostró un aumento de la celularidad por mililitro (pro-

medio 371.400 cel./ml) y del porcentaje de linfocitos (promedio 44 %).

La resolución del cuadro clínico se obtuvo por la suspensión de la medicación únicamente (4 casos) y de la medicación y administración de corticoides (1 caso). La mejoría clínica, radiológica, y funcional se apreció en breves semanas (por término medio 4 semanas). Los estudios realizados excluyeron otras causas de enfermedad. Se obtuvo biopsia de pulmón en 2 pacientes, no mostrando hallazgos específicos (infiltrado linfocitario, y alveolitis fibrosante).

Conclusiones

Es de destacar la inespecificidad de los hallazgos y el corto tiempo en que se aprecia la mejoría del cuadro clínico tras la supresión del medicamento.

Estudio de linfocitos T, B y subpoblaciones de linfocitos T en pacientes asmáticos en relación a la presencia o ausencia de sintomatología

M. VILA, F. DUCE, L. LARRAD, S. BELLO, F. CONGET y F.J. SUAREZ-PINILLA
Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Recientemente Gerblin et al, han encontrado cambios en las subpoblaciones de linfocitos T en pacientes asmáticos cuando presentan síntomas como resultado de una reacción alérgica tipo I, con una disminución de los linfocitos T helper y un incremento de linfocitos T activados en relación a cuando estos mismos pacientes estaban asintomáticos. Estos cambios en sangre periférica, según estos mismos autores, pueden servir como indicadores de que la broncoconstricción está mediada por inmunidad. Otros autores han relacionado una disminución de los linfocitos T supresores circulantes con el estado sintomático del paciente. Estudiamos los linfocitos T, B y subpoblaciones de linfocitos T en sangre periférica de 15 pacientes afectados de asma bronquial con sensibilización a polenes. Las edades de estos pacientes estaban comprendidas entre 16 y 36 años. La caracterización y conteo de linfocitos T y B ha sido realizada por los métodos de formación de rosetas y determinación de inmunoglobulinas de superficie respectivamente. Las subpoblaciones linfocitarias T se han medido por la utilización de anticuerpos monoclonales. OKT4 para helper y OKT8 para los supresores. Los estudios se han realizado en época de polinización y con el enfermo sintomático por la lógica inhalación del antígeno y también en época de no polinización y con el enfermo asintomático.

Resultados

Linfos T, asintomáticos $73,6 \pm 6,92$, sintomáticos $71,2 \pm 8,95$ ($P > 0,05$). Linfos B, asintomáticos $12,53 \pm 4,77$, sintomáticos $13,53 \pm 4,20$ ($P > 0,05$). Helper, asintomáticos $41,2 \pm 5,83$, sintomáticos $40 \pm 5,15$ ($P > 0,05$). Supresores, asintomáticos $24,66 > 3,85$, sintomáticos $25,33 \pm 5,31$ ($P > 0,05$). Helper/Supresores, asintomáticos $1,69 \pm 0,33$, sintomáticos $1,63 \pm 0,35$ ($P > 0,05$).