



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.

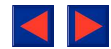
Estudio de linfocitos T, B y subpoblaciones de linfocitos T en pacientes asmáticos en relación a la presencia o ausencia de sintomatología

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 $1,63 \pm 0,35$ ($P > 0,05$).



Concluimos que no existen diferencias estadísticamente significativas en el estudio de linfocitos T, B y subpoblaciones linfocitarias T en sangre periférica de pacientes asmáticos en relación a la ausencia o presencia de sintomatología propia de reacción tipo I.

Metabolismo del ácido úrico en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

A. SIMON RODRIGUEZ*, P. GOMEZ-FERNANDEZ*, F. ANTON MATEOS*, J.E. RODRIGUEZ ORTEGA*, M.A. MARTIN PEREZ, A. NUÑEZ BOLUDA y L. SANCHEZ AGUDO*
Hospital de Enfermedades del Tórax Victoria Eugenia.
Ciudad Sanitaria de la S.S. La Paz. Madrid

Es una observación clínica frecuente la presencia de hiperuricemia en los pacientes afectados de EPOC. Su mecanismo de producción no está aún aclarado. En esta comunicación se analizan la frecuencia de aparición y los factores patogénicos que inciden en el metabolismo del ácido úrico en estos pacientes.

Se determinan, en 17 pacientes con EPOC en fase estable, previa supresión de diuréticos y en dieta estándar: ácido úrico en plasma y orina de 24 horas, aclaramiento de ácido úrico y excreción fraccionada del mismo. En un grupo de éstos se cuantificaron ácido láctico, ácido pirúvico y la relación láctico/pirúvico. Estas determinaciones se hicieron en 2 situaciones: 1) Hipoxemia, y 2) Tras administración de O₂.

El valor medio de ácido úrico plasmático fue $7,5 \pm 0,7$ mg %. El 53 % de los pacientes tenían hiperuricemia, siendo 2 de ellos gotosos. Comparando con los controles, el ácido úrico y la excreción fraccionada del mismo fueron significativamente inferiores: $5,9 \pm 0,8$ ml/mn/1,73 m² versus $9,4 \pm 0,6$ ml/mn/1,73 m² ($p < 0,02$) y $5,7 \pm 0,7$ % versus $8,4 \pm 0,4$ ($p < 0,01$) respectivamente. Tras la administración de O₂ no se observaron cambios significativos en estos parámetros. Los niveles absolutos de láctico y pirúvico no difirieron de los valores de referencia. En la fase II se observó un descenso de láctico ($p < 0,05$), aumento de pirúvico ($p < 0,05$), y descenso de la relación láctico y pirúvico ($p < 0,05$). No existió correlación entre los niveles de láctico y los valores plasmáticos y urinarios de ácido úrico.

Hay una alta incidencia de hiperuricemia en la EPOC en cuyo mecanismo participa la infraexcreción renal. No está suficientemente aclarada la causa de ésta. La administración de oxígeno no modifica a corto plazo estas alteraciones.

Estudio antropométrico. Perfil proteico de la EPOC

F. GONZALEZ VARGAS, F. BARRAGAN MARQUEZ, I. CASADO MORENO, J.A. GUTIERREZ MUÑOZ, A. MERIDA MORALES y G. VAZQUEZ MATA
Servicio de Neumología. Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves.
Granada.

El objetivo de este trabajo es analizar los parámetros nutricionales de los enfermos en estadios avanzados de EPOC.

Material y métodos

Se han estudiado 42 pacientes de 63 ± 10 años, seleccionados por presentar, junto con los criterios de EPOC, disnea de reposo, oxigenoterapia domiciliaria y gasometría con FiO₂: 0,21 de PaO₂ ≤ 40 , PaCO₂ ≥ 51 y pH: $7,31 \pm 32$, con una CV ≤ 40 % de los teóricos. Los estudios antropométricos y proteicos se realizaron durante las primeras 48 horas del ingreso.

Resultados

Los parámetros estaban alterados en los siguientes porcentajes, las cifras entre paréntesis representan la media del valor obtenido y desviación estándar:

Pliegue escapular	50 % (46; 16,5)
Pliegue abdominal	68 % (41; 20)
Pliegue triceps	40 % (55; 16)
Circunf. muscular-brazo	9,5 % (71; 9,8)
Area muscular-brazo	41 % (70; 6,9)
Indice creatinina-altura	68 % (52,5; 17)
Proteína totales	44 % (5,6; 0,36 g %)
Albumina	67 % (2,78; 0,4 g %)
Transferrina	41 % (201; 14,5 mg %)
Prealbumina	0 % (22,7; 13 mg %)
Retinol	68 % (2,06; 0,44 mg %)
Gammaglobulinas	19 % (0,51; 0,07 g %)
Linfocitos totales	46 % (947; 344 cel/mm ³)
Eliminación nitrógeno/24 h	30 % (19; 4,5 g/24 h)

La media de parámetros alterados por paciente fue de 5, rango entre 1 y 10, estando presente algún parámetro alterado en el 100 % de ellos.

Conclusiones

Existen déficits calórico-proteicos y calóricos puros sobreañadidos en los enfermos afectados de EPOC avanzada; la presencia de tales déficits podría influenciar el pronóstico de estos enfermos.

Síndrome de lóbulo medio como manifestación de bronquiectasias

J. DEL REY PEREZ, A. LEON JIMENEZ, S. DE LOS SANTOS SASTRE y J. LOPEZ MEJIAS
Servicio de Neumología. C.S. Virgen del Rocío. Sevilla.

El término de síndrome del lóbulo medio (SLM) acuñado en 1948 por Graham et al ha venido perdiendo crédito por razones diversas. Quizá la principal, es que se ha entendido mal lo que estos autores quisieron señalar y por ello el término se ha extendido a procesos diversos. La extensión más justificada podría ser la atelectasia crónica del LM, ocasionada por una estenosis del bronquio correspondiente como reliquia de una afección a menudo tuberculosa, ya sobrepasada. Otras extensiones injustificadas corresponden a atelectasias producidas por afecciones diversas (neoplasias, cuerpos extraños, etc.). No se ha insistido lo suficiente en que a veces una atelectasia de LM puede ser el dato más notorio de unas bronquiectasias diseminadas o más extensas. Presentamos 12 casos en los que se hizo un diagnóstico inicial de SLM, y que en realidad correspondían a una afección bronquiectásica