



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 O<sub>2</sub>.

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 m<sup>2</sup> versus  $9,4 \pm 0,6$  ml/mn/1,73 m<sup>2</sup> ( $p < 0,02$ ) y  $5,7 \pm 0,7$  % versus  $8,4 \pm 0,4$  ( $p < 0,01$ ) respectivamente. Tras la administración de O<sub>2</sub> 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  $63 \pm 10$  años, seleccionados por presentar, junto con los criterios de EPOC, disnea de reposo, oxigenoterapia domiciliar y gasometría con FiO<sub>2</sub>: 0,21 de PaO<sub>2</sub>  $\leq 40$ , PaCO<sub>2</sub>  $\geq 51$  y pH:  $7,31 \pm 32$ , con una CV  $\leq 40$  % 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 <sup>3</sup> )
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