



Aspergilosis pulmonar necrotizante crónica

J.J. LLEBOT, J. ESPAULELLA, J. GIBERNAU, J. ARMENGOL y G. ESTRADA
Hospital Sant Llàtzer. Terrassa. Barcelona.

Clásicamente la afectación pulmonar de la aspergilosis (Asp) se ha clasificado en formas bronco-pulmonares alérgicas, neumonía aguda invasiva y aspergiloma. Una forma poco frecuente pero descrita desde hace 50 años es la de la neumonía crónica que en la literatura anglosajona ha sido llamada Asp lentamente progresiva y también Asp pulmonar granulomatosa crónica. En 1982 Binder et al diagnosticaron 4 casos de esta forma crónica y revisan otros 22 casos bien documentados, estableciendo criterios diagnósticos y denominando a esta forma Asp. *Pulmonar necrotizante crónica (APNC)*.

Presentamos 1 caso bien documentado de APNC que probablemente es el 1.º descrito en nuestro país.

Se trata de un varón de 62 años, con hábitos tabáquico y alcohólico importantes. Criterios de EPOC. Cuatro años antes fue ingresado en otro hospital por bronconeumonía de curso subagudo que afectó de forma progresiva a todo el hemitórax izquierdo, sin que los cultivos de sangre y esputo habituales y para micobacterias demostraran gérmenes y que dejó como secuela patrón destructivo en LSI. Desde entonces incremento de la tos con moderada afectación general y pérdida de peso. Ingresó en nuestro hospital (XI/84) por febrícula, mal estado general y hemoptisis en las últimas semanas, comprobándose cavitación en LSI con imagen de micetoma y infiltrado en LSI y LSD con engrosamiento pleural derecho. Varios BK de esputo incluyendo 2 obtenidos por BAS, uno por PTT y 2 cultivos en medio de Lowenstein fueron negativos. Tres cultivos de esputo fueron positivos para *Aspergillus fumigatus*, precipitinas (hemaglutinación) + 1/327.680. Se practicó resección de la cavidad pulmonar y del micetoma y biopsia pulmonar del infiltrado del LSI la cual confirmó la existencia de hifas septadas de *Aspergillus fumigatus*.

Este caso reúne los criterios diagnósticos de seguridad establecidos por Binder de la APNC (demostración en tejido pulmonar de hifas septadas de aspergilus).

Estudio clínico, gammagráfico y funcional a los 6 meses del diagnóstico de tromboembolismo pulmonar

J. FERRER, E. MONSO, R. VIDAL, M.L. MARTINEZ y G. SAMPOL
Sección de Neumología. Departamento de Medicina Interna.
Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

Se ha seguido prospectivamente la evolución de un cuerpo de pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar (TEP) (28 enfermos). Para incluirse en el estudio los pacientes debían haber presentado clínica, radiografía, electrocardiograma, gasometría y gammagrafía pulmonar de perfusión compatibles con el diagnóstico. Si la gammagrafía no era de alta sospecha de TEP se demostró la presencia de flebotrombosis en las venas profundas de EEII por flebografía convencional. Se han valorado la radiografía, gammagrafía pulmonar de perfusión, pruebas funcionales respiratorias, rheografía de

impedancia y síndrome postflebitico a los 6 meses del diagnóstico, así como el tratamiento y sus complicaciones.

En el 68 % de los casos la radiografía de tórax a los 6 meses es normal, siendo la alteración más frecuente el pinzamiento costofrénico (20 %). La espirometría y curvas flujo-volumen solamente están alteradas en un 21,7 %, pudiendo justificarse por enfermedades asociadas. En 15 pacientes se realizó TLCO, que sólo fue patológico en un caso (6,7 %). La gammagrafía se normaliza totalmente sólo en un 22,2 %, persistiendo defectos subsegmentarios o un defecto segmentario en el 59,3 % y defectos más importantes en un 29,6 %. La rheografía de impedancia permanece patológica en el 65 %, y el síndrome postflebitico se halla en el 60,7 %. 22 pacientes se trataron con descoagulación 6 meses, 4 con urokinasa y descoagulación y en 2 enfermos se implantó un clip de cava. Los sangrados durante la descoagulación fueron frecuentes (39,2 %), aunque sólo fueron graves en un 7,1 %.

Las secuelas de un TEP (áreas pulmonares no perfundidas y síndrome postflebitico) son muy frecuentes, aunque la normalización radiológica y funcional es la norma.

Síndrome de distrés respiratorio (SDRA) en el coma mixedematoso (CM)

R. CONEJERO GARCIA-QUIJADA, S. CALVO BARROS y F.J. MASA JIMENEZ
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

Introducción

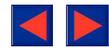
El CM es un cuadro que cursa con elevada mortalidad en relación principalmente con insuficiencia respiratoria aguda de diversas causas, sin que previamente haya sido incluido entre éstas, el edema agudo pulmonar no cardiogénico (EAPNC).

Pacientes

Tres pacientes con historia, semiología y perfiles bioquímico y hormonal característicos de hipotiroidismo primario, ingresaron en UCI por bajo nivel de conciencia e insuficiencia respiratoria aguda; presentando en la Rx de tórax inicial una lesión alveolar bilateral sin cardiomegalia. La Tª central era de 32, 26,6 y 31 °C. La FC de 50, 35 y 45 l/min y la TA 60, 110 y 130 mmHg. En la tabla mostramos la evolución de los parámetros hemodinámicos y de función pulmonar al ingreso y al tercer día. En los 3 se instituyó un tratamiento sustitutivo hormonal, ventilación mecánica y soporte hemodinámico, pese a lo cual fallecieron en situación de SDRA severo, con elevación de QS/QT, VD/VT y RVP así como una baja compliance pulmonar.

Discusión

Varios trastornos endocrinos y metabólicos se asocian a EAPNC sin que esta forma de insuficiencia respiratoria



aguda haya sido descrita en el CM. Discutimos los mecanismos patogénicos: 1) Origen central tipo neurogénico. 2) EAP secundario a obstrucción de vía alta en pacientes con clínica y base anatómica capaz de explicar un síndrome de *sleep apnea*. 3) Broncoaspiración. 4) Aumentada extravasación junto con inadecuado drenaje linfático de proteína, característico del paciente mixedematoso.

| Caso | 1 | | 2 | | 3 | |
|---------------------------------------|-----|-----|------|-----|-----|------|
| | 1.º | 3.º | 1.º | 3.º | 1.º | 3.º |
| IC l/min/m ² | 1,8 | 2,3 | — | 3,1 | 1,6 | 1,67 |
| VO ₂ ml/min/m ² | 60 | 70 | — | 66 | 60 | 52 |
| TO ₂ ml/min/m ² | 176 | 150 | — | 436 | 123 | 90 |
| PAP mmHg | 18 | 28 | — | 23 | 26 | 30 |
| PCP mmHg | 7 | 14 | — | 8 | 12 | 10 |
| a-vO ₂ ml/100 ml | 3,9 | 3 | — | 2 | 3,7 | 3,1 |
| QS/QT % | 14 | 22 | — | 23 | 38 | 52 |
| T ^a °C | 32 | 35 | 26,6 | 33 | 31 | 31 |
| Cest. ml/cmH ₂ O | 23 | 20 | — | 32 | 28 | 33 |

Resultados del protocolo CAV en el tratamiento del carcinoma microcítico de pulmón

U. JIMENEZ BERLANA, J.L. TISAIRE SANCHEZ
y A. GOMEZ BERNAL
Servicio de Oncología. Instituto Nacional de Oncología. Madrid.

El tratamiento de elección del carcinoma indiferenciado de células pequeñas de pulmón es la quimioterapia. Dado el elevado porcentaje de respuestas objetivas que se obtienen con la quimioterapia, se considera esta neoplasia como potencialmente curable; sin embargo, los protocolos hasta ahora utilizados, no prolongan significativamente la supervivencia media, y no más del 10 % de los pacientes alcanzan largas supervivencias.

Desde el 1/1/81 al 31/12/84 hemos visto en el Servicio de Oncología Médica del Instituto Nacional de Oncología, 64 pacientes con carcinoma microcítico de pulmón. El 62 % tenían enfermedad intratorácica y el 38 % enfermedad diseminada en el momento del diagnóstico.

El protocolo de tratamiento ha sido el régimen de poliquimioterapia CAV que incluye ciclofosfamida, adriamicina y vincristina iv el primer día. A los últimos 17 pacientes se les ha añadido Vp-1623 iv el 14.º, 15.º y 16.º días del ciclo. Este protocolo se repite por una media de seis ciclos. Los pacientes con enfermedad localizada y que tuvieron respuesta objetiva a la quimioterapia, recibieron radioterapia posterior, sobre la localización primitiva.

Los resultados fueron los siguientes: 6 respuestas completas radiológicas, de las cuales 2 se confirmaron con broncoscopia y biopsia. El 70 % de los pacientes tuvieron respuesta objetiva (suma de las remisiones completas y remisiones parciales); el 14 % tuvo estabilización de la enfermedad; y en el 16 % hubo progresión a pesar del tratamiento quimioterápico. La duración media de la respuesta fue de 5 meses (2-13); la supervivencia media actuarial es de 9 meses. El tiempo medio de seguimiento es de 13 meses (3-24).

Se demuestra la importancia como factor pronóstico del status performans, del estadio de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento.

Melanoma maligno broncopulmonar primitivo

F. SANTOS LUNA, L.M. ENTRENAS COSTA,
F. SEBASTIAN QUETGLAS, J. COSANO Povedano,
A. SALVATIERRA VELAZQUEZ, A. COSANO Povedano,
J. LOPEZ PUJOL y L. MUÑOZ CABRERA
Hospital Regional Reina Sofía. Córdoba.

Se presenta un caso de melanoma pulmonar en el cual consideramos que concurren criterios clínicos, evolutivos y, fundamentalmente histopatológicos para considerarlo como melanoma maligno broncopulmonar primitivo (MMBP).

El paciente era un varón de 58 años, exfumador, con historia de cuadro febricular de corta duración que propició la realización de una radiografía de tórax en la que se apreciaba una masa en lóbulo inferior derecho con aspecto neoplásico a la fibrobroncoscopia y que fue informado su estudio citológico como melanoma maligno. Tras un estudio de extensión tumoral que no reveló posible melanoma de otra localización se intervino quirúrgicamente mediante lobectomía inferior derecha y limpieza ganglionar. El paciente permanece asintomático y sin cambios exploratorios analíticos, radiológicos, broncoscópicos ni histológicos a los cinco meses de la intervención.

Revisamos una serie de criterios anatomopatológicos para el diagnóstico de MMBP, como son: la presencia de una lesión exofítica endobronquial sin permeación vascular linfática ni invasión ganglionar y fundamentalmente la presencia de células con gránulos de pigmentos melánico en la mucosa bronquial adyacente a la neoplasia que representa los cambios histológicos propios a la vecindad de los melanomas de mucosa.

Estudio comparativo de los efectos de la terbutalina administrada con o sin extensor

S. MARTINEZ SELMO, J.M. CALATRAVA REQUENA,
L. SANCHEZ AGUDO, M. ALCALDE MANERO,
M.A. MARTIN PEREZ, A. NUÑEZ BOLUDA y R. MOREL CRUZ
Hospital de Enfermedades del Tórax Victoria Eugenia. Madrid.

Se ha demostrado que la mayoría de los pacientes no saben emplear los clásicos inhaladores manuales presurizados, además de que se relacionan algunos de sus efectos colaterales (si los hay) con la absorción de partículas de medicamento activo en la mucosa bucofaringea (MBF). Los extensores (E) tratan de evitar este último efecto y de facilitar el manejo de los inhaladores a los pacientes, por lo que nos decidimos a evaluar la utilidad de estos adaptadores en 18 enfermos (media años = 59,1 y de talla = 160,3 cm), con obstrucción reversible al flujo aéreo, valorada por test broncodinámico positivo el salbutamol —0,2 mg—: 20 % incremento valor basal o 10 % del teórico. En días consecutivos y randomizados, se administran 2 inhalaciones (0,50 mg) de terbutalina y se estudia la respuesta a ella a los 5, 10, 15, 30, 60, 120, 180, 240, 300 y 360 minutos, valorando: función respiratoria, tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca central y periférica (FC) y frecuencia respiratoria (FR). Comparados los valores basales medios de ambos días de estudio, las diferencias no son significativas (capacidad vital for-