



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