



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-



zada —FVC—: 1609 y 1562; flujo espiratorio forzado en un segundo —FEV₁—: 803 y 790; valores medios teóricos: 3000 ml para FVC y 2300 para FEV₁). Expresamos en gráfica las variaciones del FVC y FEV₁ con (■ — ■) y sin (● - - - ●) extensor en % de incremento respecto al valor teórico.

Utilizando el extensor se observa una gran mejoría funcional mayor que la descrita en otros trabajos. Nuestra explicación a este fenómeno es la alta media de edad de nuestros enfermos, siendo en estos casos donde la dificultad de sincronizar la inspiración con el disparo es mayor, sincronización que no es indispensable empleando el extensor. No hemos encontrado diferencias significativas en cuanto a efectos colaterales con o sin extensor en la TA, aunque sí en los primeros 30 minutos en la FC ($p < 0,05$) en los pacientes sin extensor. No hubo efectos sobre la FR. Creemos que la absorción de medicamentos por la MBF con ambos procedimientos es mínima.

Los asteriscos (*) indican grados de significación estadística: * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,025$; *** = $p < 0,02$; **** = $p < 0,005$.

Estudio comparativo de tres teofilinas retardadas

R. ORRIOLS, F. MORELL, E. CUSIDO*, X. VIDAL*, V. CURULL y J. DE GRACIA
Sección de Neumología y Servicio de Farmacología Clínica*.
Residencia Valle Hebrón. Barcelona.

La reciente aparición en nuestro mercado farmacéutico de preparados de teofilina de liberación sostenida nos ha motivado a estudiar la frecuencia cardíaca (FC), el flujo espiratorio máximo (PF) y los niveles plasmáticos (FC), el flujo espiratorio máximo (PF) y los niveles plasmáticos (NP) alcanzados por tres de estos preparados, así como los efectos adversos (EA) acontecidos después de una pauta progresiva de tratamiento de al menos 10 días. Se han estudiado 3 grupos de pacientes asmáticos (pa). El primero estaba constituido por 23 pa. que recibían eufilina retard® (ER), el segundo también por 23 pa. que recibían Theo-Dur® (TD) y el tercero por 30 pa. que recibían Theolair® (TL). Los tres grupos eran equiparables en cuanto a edad, sexo, peso, altura, ingesta de cafeína, dosis, dosis/superficie y dosis/peso. Las extracciones de sangre se realizaron a las 4 y 12 h después de la última toma del fármaco. Se calcularon la media y desviación estándar de los NP de teofilina a las 4 y 12 h así como la caída del NP del fármaco entre dichas horas. La FC y el PF se registraron a las 4, 12 y 28 h después de la última toma del fármaco. A todos los pacientes se les solicitó al día siguiente de las extracciones si habían presentado alguna sintomatología adversa durante los últimos 10 días. No hubieron diferencias significativas (ds) de los NP a las 4 y 12 h entre los 3 preparados. El Theo-Dur presentó una caída de los NP entre las 4 y 12 h menor (ds) a los otros dos. No se hallaron ds en los resultados del PF a las 4, 12 y 28 h. La FC a las 12 h del grupo del TL fue mayor (ds) al de la ER. Los EA registrados fueron similares en los tres grupos de pa.

Conclusiones

1. Los NP de teofilina, los PF y los EA fueron similares para los tres preparados. 2. El TD es el que mantuvo

los NP más estables durante las 12 h. 3. La FC del TL a las 12 h fue significativamente mayor a la de la ER.

Presentación infrecuente y atípica de un mesotelioma pleural maligno

B. DEL BUSTO DE LORENZO y D. ESCRIBANO SEVILLANO
Servicio de Medicina Interna (Neumología). Hospital de Jove. Gijón.

Describimos el caso de una joven de 22 años, sin exposición a asbestos, que en el séptimo mes de su segundo embarazo presentó dolor torácico, acompañado de tos y disnea 5 meses más tarde, por lo que ingresó. En el examen físico sólo destacaba semiología de derrame pleural derecho. Mantoux negativo. RX de tórax: opacificación completa del hemitórax derecho con desviación mediastínica izquierda. ECG: levorrotación. Analítica anodina. Líquido pleural hemático, Hto 8 %, 1.200 cels./mmc (40 % mesoteliales) con bacteriología y citologías negativas. Biopsia pleural con aguja de Abrams: inflamación crónica inespecífica y fibrosis. Toracoscopia: extensos implantes pleurales de aspecto pseudogoso y masa diafragmática, siendo la biopsia compatible con mesotelioma fibroso maligno. Se drenaron 6 litros de líquido pleural mediante tubo de tórax. La RX tórax postevacuación permitió ver la masa en pleura diafragmática de 3 × 3 cm que se confirmó en el TAC torácico, además de un neumotórax parcial derecho con imposibilidad de reexpansión pulmonar, lo que motivó toracotomía con decorticación pleural y resección de la masa. La microscopía óptica y electrónica confirmó el diagnóstico de mesotelioma fibroblástico maligno.

Revisada la literatura, el interés del caso radica en la infrecuente aparición de un mesotelioma pleural maligno en una mujer sin exposición a asbestos y a edad tan temprana. Asimismo resulta atípica la presentación como derrame pleural masivo a tensión y la imposibilidad de reexpansión pulmonar pese al drenaje, posiblemente motivada por la rigidez pleural y la tracción de la masa, que aunque era radiológicamente localizada y bien delimitada, resultó maligna.

La vacuna antigripal y el metabolismo de la teofilina

M.A. CABEZUDO HERNANDEZ, C. ALVAREZ ALVAREZ, M.*J. FERREIRO ALVAREZ, J.R. GRANDA, H. CANTO y S. BRAGA
Servicio de Neumología. Instituto Nacional de Silicosis. Oviedo.

Introducción

La teofilina es una de las drogas broncodilatadoras más usuales en pacientes con obstrucción crónica al flujo, estudiándose detenidamente su farmacocinética con los factores que pudieran aumentar o disminuir su metabolismo. Existen controversias entre diversos autores sobre la influencia de la vacuna antigripal en la eliminación de teofilinas, por lo cual decidimos realizar este estudio.