

visión de patología necrótica encontramos 16 casos de amiloidosis, 4 tenían focos aislados de amiloide en vasos del intersticio pulmonar, mientras que en otros 3 los depósitos eran mucho más importantes.

Caso 1: Varón de 73 años diagnosticado de carcinoma epidermoide de pulmón con hipercalcemia y metástasis múltiples. En la necropsia se evidenciaron además nódulos amiloides bilaterales de 1-3 cm así como depósitos en otros órganos.

Caso 2: Varón de 65 años con colangitis recurrente y secuelas tuberculosas. Falleció de sepsis comprobándose abscesos y litiasis intrahepática. Existía amiloidosis sistémica con depósitos submucosos osificados en tráquea y bronquios, así como nódulos de 2,5-3 cm en pulmón derecho. Ultraestructuralmente se demostró formación incipiente de amiloide en septos alveolares.

Caso 3: Varón de 65 años con disnea ruidosa progresiva y esputo purulento y hemoptoico, diagnosticado de amiloidosis traqueobronquial por broncoscopia. Sus síntomas se acentuaron falleciendo bruscamente. En la autopsia se demostró embolismo pulmonar e importantes depósitos traqueobronquiales y bronquiectasias infectadas. El amiloide estaba ausente en parénquima pulmonar y otros órganos.

Estos casos corresponden a formas poco frecuentes de amiloidosis: la forma modular parenquimatosa suele ser asintomática y la traqueobronquial cursa con síndrome obstructivo. Se destaca la asociación con un carcinoma y un proceso supurativo crónico en los dos primeros pacientes, así como la tórpida evolución del tercero.

Selección de pacientes para realizar la oxigenoterapia domiciliar con concentrador de oxígeno

R. ESTOPA, J. ESCARRABILL, J. DORCA y M.J. CARDONA
Servicio de Neumología. Hospital de Bellvitge Prínceps d'Espanya.
L'Hospitalet. Barcelona.

El concentrador o extractor de oxígeno es una nueva alternativa al suministro clásico de O₂ para los enfermos que necesitan oxigenoterapia continua a largo plazo.

Para analizar los problemas relacionados con su introducción hemos instalado un concentrador de oxígeno en el domicilio de 14 enfermos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada y que cumplían criterios para recibir oxigenoterapia continua.

Los pacientes han sido visitados cada mes por un médico y un técnico para controlar el estado clínico y el funcionamiento del aparato. Al final del tercer mes se ha practicado una gasometría arterial en el domicilio del paciente, mientras recibía oxígeno a través del concentrador.

Siete pacientes han usado el concentrador como única fuente de oxígeno. Cuatro han rechazado el concentrador y tres lo han usado parcialmente.

De los siete pacientes que han recibido oxígeno únicamente a través del concentrador, cuatro no habían recibido nunca oxígeno, o lo recibían desde hacía poco tiempo (2). Todos tenían una relación estrecha con el Servicio y seis de ellos vivían en casas unifamiliares o pisos grandes.

Los cuatro enfermos que han rechazado el concentrador han alegado que hacía demasiado ruido. Todos

recibían oxígeno desde hacía tiempo y vivían en pisos pequeños. Los enfermos que usan parcialmente el concentrador no lo usan por la noche a causa del ruido.

La PaO₂ basal era $\bar{x} = 47,64 \pm 5,79$. En los 9 enfermos a los que se practicó gasometría de control al tercer mes la PaO₂ de control era $\bar{x} = 62,67 \pm 5,18$. En ningún caso ha habido variaciones significativas de la PaCO₂.

Los aparatos no han presentado defectos de funcionamiento. El concentrador es un buen aparato para suministrar oxígeno. Los enfermos que pueden aceptarlo más fácilmente son los que inician la oxigenoterapia con el concentrador, que habitan en viviendas espaciales y con buena predisposición hacia este tipo de tratamiento.

Valoración de las pruebas cutáneas, IgE total y específica en el diagnóstico de la alergia respiratoria

M. VILA, F. DUCE, S. BELLO, M.A. DE GREGORIO y E. MORENO
Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

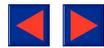
Antes del descubrimiento de la IgE y de las técnicas necesarias para medir en suero la IgE total y específica, los pacientes eran valorados por la historia clínica y las pruebas cutáneas. El motivo de este estudio es correlacionar las distintas técnicas y si son rentables el estudio de la IgE total y específica en el estudio habitual del paciente afecto de alergia respiratoria. Se estudian 500 enfermos adultos afectados de asma bronquial y/o rinitis, realizándoles a todos ellos: historia clínica, pruebas cutáneas mediante prick o intradermorreacción, IgE total mediante PRIST e IgE específica mediante RAST. Dado que la mayor frecuencia de sensibilizaciones la producen los pólenes de gramíneas y los ácaros, se realiza este estudio con el polen de gramínea: *Lolium perenne* y con el ácaro: *Dermatofagoides pteronyssinus*. Se correlacionan las pruebas cutáneas con la IgE total y específica, así como la IgE total con la específica.

Resultados

Buena correlación entre las pruebas cutáneas y la IgE específica, mejor para lolium (r: 0,86) que para dermatofagoides (r: 0,63), sin embargo, cuando el test cutáneo utilizado fue el prick las correlaciones fueron mejores y los resultados fueron similares para los dos alérgenos utilizados. Mala correlación entre la IgE total y específica, tanto para lolium (r: 0,37) como para dermatofagoides (r: 0,28). También hubo mala correlación entre pruebas cutáneas e IgE total (r: 0,34 y 0,25 respectivamente).

Conclusiones

1. Buena correlación entre pruebas cutáneas e IgE específica, aunque mejor para gramíneas.
2. Mejor correlación y rentabilidad cuando utilizamos como prueba cutánea el prick.
3. Las pruebas cutáneas fueron más sensibles que el RAST en el diagnóstico de la atopía.
4. No encontramos buena correlación entre la IgE total y específica, probablemente por la diferente codificación genética, y en nuestro estudio quizá también pueda



influir que nuestra región sea una zona endémica de parasitosis. 5. Pensamos que una buena historia clínica y pruebas cutáneas (sobre todo prick) son suficientes para el diagnóstico y que la medida de la IgE total y específica sólo debería realizarse en caso de pruebas cutáneas negativas y una clara historia clínica de atopía.

Quimioterapia con ciclofosfamida, Adriamicina y cisplatino (CAP) en cáncer de pulmón no célula pequeña, estadios avanzados

J. RUIZ MANZANO*, R. ROSELL**, A. ABAD ESTEVE**, J. MORERA*, I. MORENO**, J. ROIG, C. FERNANDEZ y M. RIBAS MUNDO

*Servicios de Neumología, **Oncología Médica. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

El cáncer de pulmón no célula pequeña es en una mayoría de casos una enfermedad sistemática en el momento del diagnóstico, como lo indican los hallazgos patológicos de adrenales por TAC y autopsias. Por ello la combinación de ciclofosfamidas (400 mg/m²), adriamicina (40 mg/m²) y cisplatino (60 mg/m²) fue administrada a 28 enfermos estadio III, cada 4 semanas por 8 ciclos. Veinticuatro enfermos son valorables con una edad media de 61 años (43-76) y un índice promedio de Karnofsky del 80 % (50-100). Se impartieron 98 ciclos con una media de 4. La respuesta global es del 50 % con respuesta objetiva observada en 7 de 14 epidermoides, 4 de 7 adenocarcinomas y 1 de 3 carcinomas indiferenciados de célula grande. Únicamente se obtuvo una remisión completa (valorada por TAC) en 1 paciente afecto de carcinoma epidermoide. La supervivencia media es de 7 meses con un incremento de la misma en los enfermos que corresponden a la quimioterapia. El régimen empleado ha sido bien tolerado sin nefrotoxicidad imputado a la pauta enérgica de hidratación empleada. El 83 % de los enfermos no padecieron vómitos atribuible al régimen antiemético utilizado, previamente publicado. Un solo caso de shock séptico ha sido observado. En nuestra serie los hallazgos clínicos, por TAC toraco-abdominal y autópsicos constatan un 11 % de metástasis adrenales, 18 % de cerebrales, un 11 % de hepáticas, óseas y pulmonares.

Los resultados consignados con el régimen CAP son similares a los señalados en la literatura desde 1977 en cuanto a porcentaje de respuestas objetivas y media de supervivencia. A señalar la buena tolerancia encontrada, la mejoría de la calidad subjetiva de vida del enfermo y la posibilidad de prolongar la supervivencia en los enfermos que responden.

Relaciones VA/Q en pacientes asmáticos agudizados. Efecto del salbutamol IV

E. BALLESTER, A. REYES, J. ROCA, R. GUITART, J.M. MONTSERRAT, R. RODRIGUEZ ROISIN y A. AGUSTI-VIDAL
Servicio de Neumología. Hospital Clínico. Barcelona.

La irregular distribución de la ventilación en pacientes asmáticos condiciona una dispersión de la relación ventilación-perfusión (VA/Q) con aumento de flujo sanguíneo a regiones de VA/Q bajo y deterioro del intercambio gaseoso, que en ocasiones se acentúa al administrar broncodilatadores. Estudiamos 4 pacientes asmáticos agudizados determinando la distribución VA/Q por la técnica de gases inertes múltiples en condiciones basales, a los 60-90 min de infusión IV continua de salbutamol (SA) (4 mcg/min), y 60 min después de suspender la medicación. El VEMS inicial estaba entre 41 % y 61 % de los valores de referencia. Se efectuaron mediciones espirométricas, hemodinámicas, gasométricas y de distribución VA/Q. En la tabla se expresan los valores medios de los distintos parámetros en cada fase del estudio.

	VE (l/min)	FEV ₁ (l)	PF (l/min)	FC (lpm)	Qt (l/min)	PaO ₂ (torr)
Basal	8,51	1,30	204	92	5,7	73
Sal-60'	10,1	1,71	294	127	9,0	72
Sal-90'	10,8	1,65	286	123	8,5	72
Post-Sal	9,4	1,48	247	102	7,2	75

La frecuencia respiratoria y la tensión arterial media no mostraron diferencias apreciables. En la distribución VA/Q se valoró la presencia de shunt (SH) (VA/Q < 0,01) y de bajo VA/Q (0,01 < VA/Q < 0,1). Basalmente ningún paciente presentaba SH y en dos de ellos se observó bajo VA/Q de 22 % del gasto cardiaco (Qt). La administración de SA motivó la aparición de SH de 2,8 % y 6,2 % en estos dos pacientes y en todos se observó bajo VA/Q entre 12 % y 24 % de Qt. Esta situación se mantuvo a los 90 min de infusión. Tras 60 min sin SA desapareció el SH en 1 de los pacientes y el bajo VA/Q en los que inicialmente no lo tenían, persistiendo en los otros dos en niveles similares a los basales. La ausencia en cambios en la PaO₂ en nuestros pacientes está probablemente en relación con el equilibrio entre mejoría de la mecánica ventilatoria, deterioro de la distribución VA/Q y aumento significativo del Qt. Estos resultados apoyan la hipótesis de la disociación entre el efecto beneficioso del SA sobre la mecánica ventilatoria y su efecto deletéreo sobre la distribución del flujo sanguíneo pulmonar. Este estudio muestra por primera vez en la literatura cuál es la distribución VA/Q en pacientes asmáticos agudizados y el efecto sobre ella de la infusión IV de SA. En situación basal es frecuente la presencia de zonas de bajo VA/Q. La administración IV del salbutamol produce sistemáticamente una redistribución del flujo sanguíneo a zonas de bajo VA/Q. Este efecto tiende a remitir al suspender la medicación.

Con la ayuda de las Becas: Otsuka (Separ/84), Caycit 1787/82 y Comité Conjunto Hispano Norteamericano CCA/8309185.