

**Unilateral pulmonary vein atresia**

L. E. Swischuk y P. L'Heureux  
*A.J.R.*, 135: 667, 1980.

Se describen tres casos de atresia unilateral de la vena pulmonar en niños. Los hallazgos son semejantes en los tres casos y consisten en: hemóptisis, infecciones pulmonares recurrentes y un pulmón normal o pequeño con imagen reticular.

Estos tres signos combinados deben hacer sospechar el diagnóstico que debe confirmarse con estudios isotópicos y angiografía. Ambos procedimientos muestran un flujo sanguíneo bajo en el pulmón o zona afecta pero el arteriograma es el estudio definitivo mostrando una arteria pulmonar pequeñas con ramas finas, estasis del material de contraste sin visualización del drenaje venoso. Se cree que es un trastorno congénito relacionado con una estenosis focal congénita de la vena pulmonar. El tratamiento consiste en la exéresis del pulmón o lóbulo afecto.

**Direct percutaneous needle aspiration of localized pulmonary lesions. Results in 422 cases**

J. L. Westcott  
*Radiology*, 137: 31, 1980.

En 38 meses se realizaron aspiraciones con aguja en 400 lesiones pulmonares (293 malignas y 107 benignas) con aguja de calibre 20. Se biopsiaron masas centrales y periféricas y la positividad diagnóstica alcanzó el 96,5 %.

Se dieron 9 (2 %) diagnósticos incorrectos, con 5 falsos negativos y 4 falsos positivos. En casi todos los enfermos con neoplasias malignas se logró identificar el tipo específico celular. El neumotórax fue una complicación frecuente pero no hubieron muertes ni episodios hemorrágicos graves ni hemoptisis.

En 77 pacientes con lesiones benignas y en 114 con neoplasias no resecables, la aspiración con aguja estableció el diagnóstico e hizo innecesaria la cirugía y/o mediastinoscopia.

**Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease. A clinical trial**

Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group  
*Ann. Intern. Med.*, 93: 391, 1980.

En seis centros médicos, 203 enfermos con E.P.O.C. hipoxémicos fueron distribuidos en dos tipos de terapia: oxigenoterapia *continua* o terapia de 12 horas *nocturnas* con oxígeno y seguidos durante un mínimo de 12 meses (19.3 de promedio). Ambos grupos fueron comparados funcional y neuropsicológicamente. La adaptación de los enfermos a los programas fue buena. La mortalidad global en el grupo *nocturno* fue 1,94 veces superior al *continuo* ( $p < 0,01$ ). Esta tendencia fue llamativa en los enfermos con retención de carbónico y en aquellos con función respiratoria más limitada, con saturación nocturna de oxígeno menor, disfunción cerebral mayor y

trastornos de conducta. La terapia con oxígeno *continua* beneficiaba a enfermos con presión de arteria pulmonar y resistencias vasculares bajas y a los que tenían capacidad de esfuerzo conservada.

Se concluye que en EPOC hipóxica, la terapia con oxígeno *continuada* se asocia a menor mortalidad que la terapia *nocturna* aunque la razón de esta constatación se desconozca.

**The value of maintenance theophylline in steroid-dependent asthma**

E. G. Nassif, M. Weinberger, R. Thompson y W. Huntly  
*N. Engl. J. Med.*, 304: 71, 1981.

Se analiza el valor de mantener la teofilina a dosis séricas de 10-20  $\mu\text{g}$  por ml. en un grupo de 33 asmáticos corticodependientes en un estudio randomizado, con controles y a doble ciego.

Los enfermos están asintomáticos 63,6 % de los días tomando teofilina comparado a 42,5 % con placebo ( $p < 0,01$ ). Se requirió metaproterenol inhalado dos veces más en el grupo de placebo ( $p < 0,01$ ). La dosis adicional de esteroides fue necesaria tres veces más en este mismo grupo ( $p = 0,02$ ). La medida de los flujospunta diarios mejoraron con teofilina ( $p < 0,01$ ) así como las espirometrías mensuales y el volumen residual medido por pletismografía.

La teofilina se asociaba a un aumento del 50 % en la capacidad de realizar un test de esfuerzo ( $p < 0,01$ ) y con una menor caída del FEV<sub>1</sub> en los pacientes que finalizaban los ejercicios ( $< 0,02$ ).

Se concluye que la terapia broncodilatadora de mantenimiento con teofilina puede beneficiar clínicamente a enfermos con asma crónico corticodependiente.

**Bronchial response to oral versus aerosol metaproterenol in asthma**

Ch. Shim y M. H. Williams  
*Ann. Intern. Med.*, 93: 428, 1980.

Se analizan la eficacia de broncodilatadores administrados en aerosol y por vía oral en 17 enfermos asmáticos en una secuencia randomizada en doble ciego.

El tratamiento consiste en una tabletas de 20 mg. de sulfato de metaproterenol y cinco inhalaciones de aerosol de metaproterenol (0,65 mg. cada una con un total de 3,25 mg.) administrados con 20 minutos de intervalo, una combinación de ambas vías y placebo.

La respuesta broncodilatadora medida mediante el FEV<sub>1</sub> fue significativamente mayor en el régimen con aerosol o combinado que en el régimen por vía oral y placebo. El régimen combinado mostró más broncodilatación que el de aerosol solo pero la diferencia no resultó significativa.

Los efectos secundarios fueron frecuentes por la vía oral y no aparecieron tras el aerosol. La inhalación secuencial del aerosol es la vía de administración preferible de los broncodilatadores adrenérgicos en el asma.