



A prospective study of respiratory infection in adult asthmatics and their normal spouses

S. Tarlo, I. Broder y L. Spence
Clin. Allergy, 9:293, 1979.

Se realiza este estudio prospectivo en 19 asmáticos y sus esposas que fueron examinados mensualmente durante un año.

Los resfriados se presentaban con síntomas nasales, faringitis (sore throat) y generalmente malestar general, fiebre, tos y ronquera.

Los asmáticos explicaban mayor número de estos síntomas que los no asmático, pero pocos de estos catarros fueron objetivamente confirmados como víricos por aislamiento o elevación del título de anticuerpos víricos.

La frecuencia de infecciones respiratorias no se vio influida por el uso a largo plazo de aerosoles de dipropionato de beclometasona y esteroides por vía oral.

Menos del 10 % de las exacerbaciones del asma se asociaban a infecciones respiratorias. Las molestias debidas a éstas eran semejantes en los asmáticos y no asmáticos.

The relationship of respiratory allergy, skin test reactivity and serum IgE in a community population sample

W. G. Brown, M. J. Halonen, W. T. Kalterborn y R. A. Barbee
J. All. and Clin. Immunol., 63:328, 1979.

Se valoran las relaciones entre prick e intradermoreacciones cutáneas y niveles de IgE sérico total y específico en 311 sujetos seleccionados de una población general.

Los resultados de los test se relacionan a la historia clínica de los sujetos. La reacción cutánea del prick-test a 14 alérgenos comunes locales, se relacionaba con la presencia de síntomas alérgicos. La IgE sérica por el método PRIST fue significativamente mayor ($p < 0,02$) en los alérgicos (187,9 U.I.) que en los no alérgicos (107 U.I.) y se relacionaba positivamente con el grado de reacción al prick test.

Las cutirreacciones en un sujeto con prick-test negativo a un alérgeno no tenía relación con el nivel de IgE total o a los síntomas clínicos.

Los resultados sugieren que la reacción al prick-test se relaciona con la IgE total y específica y con la sintomatología alérgica, pero que las intradermoreacciones en la ausencia de reacción al prick-test no se relacionan con la clínica ni con la evidencia inmunológica de alergia.

Adrenal Suppression after short term corticosteroid therapy

R. J. Spiegel, A. I. Oliff, A. Bruton, R. A. Vigersky, C. K. Echelberger y D. C. Po-plack
Lancet, 1: 630, 1979.

Se valoró la función adrenal en 14 enfermos de cáncer que recibían quimioterapia que incluía dosis cortas a altas dosis de prednisona. Se realizaron test de estimulación con corticotrofin de 90 minutos antes del tratamiento y 1, 2, 4 y 7 días después de que la prednisona se interrumpió. Se valoraron las respuestas por criterios estándar de función adrenal y midiendo la respuesta integrada del cortisol al estímulo de 90 minutos de corticotrofina. Trece de los 14 enfermos tenían una supresión adrenal mínima de 24 horas. Aunque en la mayoría de los enfermos aquélla se recuperó entre el 2.º y 4.º día; en cinco, las suprarrenales permanecieron suprimidas por 7 o más días. Cuatro de los cinco enfermos recibían solamente cinco días de tratamiento y mostraban, sin embargo, signos de supresión adrenal. Aunque una manifestación clínica franca de supresión suprarrenal es poco frecuente en casos con tratamiento esteroideo, los resultados hallados muestran que esta función suprarrenal puede ser suprimida regularmente después de tratamiento corto a altas dosis de esteroides con mayor frecuencia de lo habitualmente señalado.

Small Cell Lung Cancer. Complete Remission and Improved Survival

F. A. Greco, R. L. Richardson, J. D. Snell, S. L. Stroup y R. K. Olsham
Am. J. Med., 66:625, 1979.

32 enfermos con cáncer pulmonar de células pequeñas limitada se trataron con radioterapia de supervoltaje y una combinación de ciclofosfamida, daunorubicina y vincristina.

En 26 de 27 enfermos evaluados completamente se logró una remisión completa, paso necesario para una supervivencia.

La fibroscopia sirvió para confirmar la remisión completa, 17 de 32 enfermos viven de 8 a 28 meses, después con una media de 16 meses. Diez enfermos viven y sin recaídas de 12 a 28 meses (media 19 meses).

La granulocitopenia transitoria (650 clsmm^3) durante la terapia de inducción y el riesgo consiguiente de infección son los mayores efectos tóxicos de la medicación.

Esta terapia produce remisión completa

constatada por radiología y fibroscopia, mejoría sintomática y de la sobrevivencia en la mayoría de pacientes con cáncer pulmonar de células pequeñas limitado. En una proporción de estos enfermos puede haberse erradicado la enfermedad.

Cystic Fibrosis in adults. 75 cases and a review of 232 cases in the literature

P. A. Di Sant' Agnese y P. B. Davis
Am. J. Med., 66: 121, 1979.

La fibrosis quística es la causa más frecuente de enfermedad broncopulmonar inespecífica crónica y de insuficiencia pancreática en las tres primeras décadas de la vida en EE.UU.

Se describen 75 enfermos de 18 a 47 años y se analizan 232 revisados. Los 307 pacientes tenían el Cl y Na del sudor elevados, que constituye un excelente método discriminativo aún en pacientes de mayor edad para la fibrosis quística (FQ).

97 % tenían bronconeumopatía crónica y ésta constituía la causa más importante de mortalidad y morbilidad y era diferente de las bronconeumopatías crónicas de otras etiologías.

El descenso progresivo del estado clínico de los enfermos se marcaba por exacerbaciones sintomáticas recurrentes de la broncopatía bacteriana crónica causada por *Pseudomona aeruginosa* y *Staphylococcus aureus* y finaliza en insuficiencia respiratoria, cor pulmonale y exitus.

La bronconeumopatía se complica en un 60 % de los casos de hemoptisis que en un 7 % de ellas es masiva y en 16 % de neumotórax, problemas raros per se en los niños. Todos los sujetos examinados radiológicamente presentaron sinusitis y 48 % tenían poliposis nasal. Un 95 % de los estudiados tenían insuficiencia pancreática, pero raramente sintomática aunque persisten la esteatorrea y azotorrea masivas. El equivalente al ileo meconial (acúmulo fecal) e invaginación intestinal son frecuentes en el adulto (21 %) y raro en los niños, y requiere diagnóstico inmediato y terapéutica con enemas de diatrizato sódico. Otras complicaciones constituyen: glucosuria, cirrosis biliar, colestasis, aspermia.

El peso y la altura se encuentran en el límite inferior de la normalidad, pero el 16 % de los hombres estudiados median 180 cm. y un 7 % pesaban demasiado. Por lo tanto hay que tener un alto grado de sospecha clínica para el diagnóstico, pues frecuentemente pacientes con FQ aparentan buena salud.



El tercer Premio BOI se concederá en el XII Congreso de la Sociedad Española de Patología del Aparato Respiratorio que se celebrará en Valladolid de los días 21 hasta 24 del mes de mayo de 1980.

XII Congreso Nacional S.E.P.A.R. Valladolid, 21 a 24 de mayo de 1980

Temas: Patología vascular primitiva del pulmón. Nuevos aspectos del carcinoma broncogénico. Valoración de los criterios diagnósticos de capacidad laboral en patología del aparato respiratorio.

Secretaría: I.C.S.E., Ruiz Hernández, 6, Valladolid.

BASES PARA LA CONVOCATORIA DEL PREMIO B.O.I., S. A.

«ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA»

1) El premio estará dotado de DOSCIENTAS MIL PESETAS, con una periodicidad bianual.

2) Pueden optar al premio todos los trabajos originales de autores españoles realizados en España, publicados en «Archivos de Bronconeumología» durante el plazo que va desde el número 2 del volumen 13 hasta el número publicado como máximo dos meses antes del XII Congreso de la SEPAR que se celebrará en 1980 en Valladolid.

3) Los autores que publicaran sus trabajos en dichos números y no deseen concurrir al premio lo manifestarán previamente.

4) Serán eliminados los trabajos relacionados con nuevos medicamentos y los que se refieran a preparados ya comercializados.

5) Por acuerdo de la Junta Directiva de la SEPAR el Tribunal Calificador queda constituido como sigue:

- Presidente de la SEPAR.
- Director de la Revista Archivos de Bronconeumología.
- Presidentes de las cinco secciones de la SEPAR.

6) La Secretaría de Redacción de la Revista se encargará de comunicar a los miembros del Tribunal el título de los trabajos originales que puedan participar en la convocatoria, seis meses antes de la fecha de la otorgación del Premio. Los miembros del Tribunal enviarán a la Secretaría de la SEPAR en sobre cerrado su calificación, en números enteros de uno a diez, de todos y cada uno de los trabajos que participen en la Convocatoria del Premio BOI, S. A., en un plazo no inferior a tres meses antes de la fecha de concesión del Premio, a fin de proceder a la selección de los 10 mejores con arreglo a la media aritmética alcanzada.

La Secretaría de SEPAR se encargará de convocar a los componentes del Tribunal.

7) Mediante votaciones secretas el Tribunal Calificador, reunido en la sede del Congreso, irá eliminando un trabajo en cada votación hasta que sólo quede uno, que será el ganador. La votación se hará según el sistema conocido del Premio Nadal.

8) La decisión del Tribunal Calificador se anunciará en uno de los Actos del XII Congreso e inmediatamente se procederá a la entrega del importe del mismo al autor(es) o a un representante.

9) Estas Bases sólo podrán ser modificadas por un acuerdo conjunto entre el Laboratorio patrocinador y la Junta de Gobierno de la SEPAR.

Próximas Reuniones y Congresos Nacionales 1981, II Reunión Nacional conjunta de las Secciones de S.E.P.A.R.

Temas a tratar:

- Sección de Broncología: *Urgencias broncológicas.*
- Secciones de Cirugía Torácica y Neumología: *Patología del mediastino.*
- Sección de Fisiopatología Respiratoria: *Valoración y rentabilidad de la exploración funcional pulmonar.*
- Sección de Tisiología: *Tuberculosis asociada a otras neumopatías.*

1982, XII Congreso de S.E.P.A.R.,
Santiago de Compostela

Tema: Patología de la caja torácica.
Comunicaciones libres.

Otras reuniones internacionales de interés:

Tercer Congreso de la Sociedad Internacional para el empleo de aerosoles en medicina. Salsomaggiore (Italia), 8 a 10 de mayo de 1980.

Reunión Anual de la U.I.C.T. Praga, 1 a 4 de julio de 1980.

Temas: Tuberculosis, problemas oncológicos en neumología, enfermedades broncopulmonares crónicas inespecíficas, aspectos inmunológicos de las enfermedades broncopulmonares.

Secretaría: 120 26 Praha 2 - Vítezného února 31 - Checoslovaquia.

XXVIII Congreso Internacional de Fisiología. Budapest, 13 a 19 de julio de 1980.

Temas: Fisiología cardiovascular y sistema linfático. Respiración.

Congreso Anual de la Societas Europaea Physiologiae Clinicae Respiratoriae. Sheffield, 2 a 6 de septiembre de 1980.

Reunión conjunta de la S.E.P.C.R. y de la I.K.A.T. Göteborg, 12 de junio de 1980.

Temas: Enfermedades pulmonares profesionales. Diagnóstico precoz y evaluación de la disminución de capacidad de trabajo.

Simposio sobre toracoscopía. Marsella, 24 y 25 de abril de 1980.

Información: Institut Paoli-Calmettes, 232 Bd. Ste. Marguerite. 13009 Marseille.