

Tuberculosis in immunosuppressed patients

J. W. Millar y N. W. Horne
Lancet, 1:1176, 1979.

Se describen 11 enfermos que desarrollaron tuberculosis pulmonar durante un tratamiento largo con inmunosupresores. Las indicaciones de tal medicación fueron variadas, pero todos los pacientes recibían altas dosis de corticoides con azatiopirina y en dos casos clorambucil como tercera droga. El diagnóstico de la tuberculosis fue tardío en todos los casos por la supresión de los síntomas de modo que 4 enfermos murieron, tres a consecuencia directa de la tuberculosis. De los restantes, tres estaban en situación clínica crítica en el momento del diagnóstico, pero se recuperaron con la terapia apropiada los otros cuatro enfermos, aunque no críticamente enfermos presentaban tuberculosis pulmonar extensa cavitaria con diseminación miliar en su caso.

Una clara técnica de investigación y en su caso la quimioterapia adecuada es precisa en enfermos sometidos a inmunosupresión duradera especialmente si se usan corticoides. La sospecha de tuberculosis obliga a controles clínicos y radiológicos regulares.

Fatal pulmonary hemorrhage after use of the flow-directed balloon tipped catheter

L. A. Pape, C. I. Haffajec, J. E. Markins, I. S. Ockene, J. A. Paraskos, J. E. Dalen y J. J. Alpert
Ann. Intern. Med., 90:344, 1979.

El catéter flotante con balón en su punta se emplea frecuentemente en unidades de vigilancia intensiva, laboratorios, quirófanos, etc. Son raras las publicaciones que hacen referencia a sus complicaciones importantes.

En un período reciente de 2 años y en cuatro hospitales, los autores identifican 5 casos de hemorragia pulmonar

fatal. Revisan, al mismo tiempo, otros 4 casos hallados en la literatura y se discuten los posibles mecanismos y factores predisponentes. Se señalan las normas para el buen uso del catéter.

La ruptura de la arteria pulmonar es probablemente más frecuente de lo que en principio se cita.

Pneumoperitoneum associated with artificial ventilation

B. Summers
Brit. Med. J., 1:1528, 1979.

Cuatro traumatizados desarrollaron un neumoperitoneo tras ventilación artificial, en ningún caso se pudo atribuir a víscera perforada. En 3 enfermos el origen del aire intraperitoneal fue considerado como rotura de alvéolos como consecuencia de la ventilación con paso de aire a mediastino, espacio pleural, tejido subcutáneo del cuello y tórax y cavidad peritoneal.

El cuarto paciente sufrió una hernia de estómago a través de rotura de diafragma y la presencia de aire en el mismo lado sugiere el paso directo del mismo a través del diafragma.

El neumoperitoneo en ventilación asistida es probablemente más frecuente de lo que se piensa y debe diferenciarse clínica y radiológicamente del producido por víscera perforada. Esta distinción limitará el número de laparotomías realizadas en estos pacientes graves.

Unknown primary adenocarcinoma: incidente of overinvestigation and natural history

J. F. Stewart, H. H. N. Tattersall, R. L. Woods y R. M. Fox
Brit. Med. J., 1:1530, 1979

De 1.300 enfermos enviados a una unidad oncológica médica, 87 tenían metástasis de un cáncer, cuya localización primaria no se evidenció por la historia clínica, exploración física y radiografía de tórax.

Un análisis de las investigaciones realizadas a estos 87 enfermos y los resultados muestran que en sólo 8 enfermos las investigaciones no quirúrgicas lograron diagnosticar el tumor primario. En dos pacientes se consiguió conocer el origen mediante laparotomía y en 13 el curso clínico permitió localizar la neoformación primaria antes de la muerte.

Pocas investigaciones deben realizarse en los pacientes en los que se desconoce la neoplasia primitiva, puesto que son poco rentables y además su conocimiento no reportó beneficio clínico ni modificó el tratamiento.

Los tumores tratables deben excluirse y esto puede lograrse en la mayor parte de los casos por análisis de sangre especialmente los que analizan la actividad de las fosfatasas ácidas y otros trazadores tumorales.

Indications, posologie et associations des grandes médicaments antituberculeux

B. Lebeau y J. Rochemaure
Rev. Prat (Paris), 29:2653, 1979.

Existen tres antituberculostáticos mayores: primeramente la isoniacida del ácido nicotínico (INH) y la rifampicina (RIF) y luego el etambutol (EMB).

La norma general de su uso debe seguirse a rajatabla, puesto que supone la garantía de la curación sin riesgos de recidiva en los casos de tuberculosis pulmonar primaria.

El tratamiento debe iniciarse con INH a dosis de 5 mg/Kg/día, RIF a 10 mg/Kg/día y EMB a 20 mg/Kg/día. A los tres meses y según el antibiograma se puede pasar a régimen de dos drogas a poder ser (INH y RIF) por espacio de nueve meses hasta completar un tratamiento de un año.

Son raras las excepciones a esta regla, pero deben conocerse y son causadas generalmente por la forma y localización de la enfermedad y el «terreno» clínico y geográfico donde se desarrolla la enfermedad.



Información varia

Programa de formación continuada (Temas neumológicos en «cassettes»)

La Asociación de Neumólogos del Sur en colaboración con S.E.P.A.R., y dentro de sus fines de formación continuada, ha grabado una serie de temas neumológicos que concretamente son: «Tratamiento de la tuberculosis pulmonar», «Bronquitis crónica», «Carcinoma broncopulmonar», «Neumonías», «Derrames pleurales» y «Conducta a seguir ante una hemoptisis».

El objetivo buscado es hacer una puesta al día del tema, con criterio uniforme, pero enfocándolo desde un punto de vista fundamentalmente práctico.

El programa consta de tres cintas, dos de 60 minutos y una de 90 y su importe total, inferior al de coste, es de 700 pesetas.

Los interesados pueden dirigirse para su obtención a:

NEUMOSUR, Apartado 871. Sevilla.

IV Curso Nacional de Fisiopatología Respiratoria

Sevilla, 8, 9 y 10 de noviembre de 1979.
«Mecánica respiratoria en el asma bronquial»

El programa provisional de conferencias es el siguiente:

- Mecanismo de insuflación en el asma bronquial.
- Concepto de asma bronquial. Asma intrínseco y extrínseco. ¿Pertenece la enfermedad asmática a las EPOC?
- Síndrome restrictivo en el asma.
- Asma de esfuerzo.
- Lugar de la obstrucción en el asma bronquial.
- Comportamiento del sistema elástico pulmonar en la crisis de asma.
- Metodica de las pruebas broncodilatadoras y broncoconstrictoras.
- Repercusión de la mecánica pulmonar en la hemodinámica en el asma.

El número de cursillistas está limitado a 50 y la selección se realizará por riguroso orden de inscripción. Los plazos de inscripción para los miembros de S.E.P.A.R. terminará el 5 de agosto. Esto quiere decir que hasta esa fecha los miembros de S.E.P.A.R. tienen preferencia sobre los no

miembros, pero a partir de ese momento dejará de existir esa preferencia.

La inscripción al curso será de 9.000 pesetas para los no socios de S.E.P.A.R. y de 6.000 para los socios. Esto es debido a que la S.E.P.A.R. beca con 3.000 pesetas a sus socios inscritos en el curso. También contamos con el apoyo en la gestión del British Council, que al mismo tiempo ha prometido una pequeña aportación económica.

Naturalmente, contaremos con traducción simultánea no sólo durante las conferencias, sino también en los coloquios que puedan realizarse.

Finalmente, sólo quiero insistirte en que debes realizar la inscripción lo antes posible, pues como antes te anuncié el plazo de inscripción terminará el 5 de agosto para los socios de S.E.P.A.R., que hasta esa fecha disfrutará de preferencia y el 15 de septiembre para todos los interesados.

La inscripción puedes dirigirla a:

IV CURSO NACIONAL DE FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA
CJC N.º 1.633
Monte de Piedad y Cajas de Ahorro de Sevilla.
Oficinas Ciudad Sanitaria.
SEVILLA.

Para cualquier información te ruego te dirijas a mi dirección:

Manuel Díaz Fernández
Fray Francisco Pareja, 20
SEVILLA-7

Comisión de Docencia S.E.P.A.R.

Protocolos existentes (por orden de llegada)

1. Estudio del derrame pleural. Servicio de Aparato Respiratorio. Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío. Sevilla.
2. Protocolo de las Neumonías. Servicio de Aparato Respiratorio. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona.
3. Protocolo del tratamiento médico del Tromboembolismo Pulmonar. Sección de Neumología. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.
4. Protocolo de Alfa 1 antitripsina. Servicio de Neumología. Instituto Nacional de Silicosis. Oviedo.

5. Protocolo de Fibrosis Pulmonar Intersticial. Servicio de Neumología. Instituto Nacional de Silicosis. Oviedo.
6. Protocolo de Punción Transtraqueal. Servicio de Neumología. Instituto Nacional de Silicosis. Oviedo.
7. Protocolo de derrame pleural. Servicio de Neumología. Instituto Nacional de Silicosis. Oviedo.
8. Biopsia de pulmón por aspiración. Servicio de Neumología. Instituto Nacional de Silicosis. Oviedo.
9. Protocolo de Cáncer de Pulmón. Servicio de Neumología. Instituto Nacional de Silicosis. Oviedo.
10. Neumotórax. Servicio de Neumología. Instituto Nacional de Silicosis. Oviedo.
11. Artritis reumatoide. Servicio de Neumología. Instituto Nacional de Silicosis. Oviedo.
12. Absceso pulmonar. Neumonía necrotizante y empiemas. Servicio de Neumología. Instituto Nacional de Silicosis. Oviedo.
13. Asma. Servicio de Neumología. Instituto Nacional de Silicosis. Oviedo.
14. Hoja de Broncoscopia. Sección de Neumología. Ciudad Sanitaria N.ª S.ª Covadonga. Oviedo.
15. Neumotórax. Sección de Neumología. Ciudad Sanitaria N.ª S.ª Covadonga. Oviedo.
16. Tuberculosis. Sección de Neumología. Ciudad Sanitaria N.ª S.ª Covadonga. Oviedo.
17. Neumonías. Ciudad Sanitaria N.ª S.ª Covadonga. Sección Neumología. Oviedo.
18. Hemoptisis. Sección de Neumología. Ciudad Sanitaria N.ª S.ª Covadonga. Oviedo.
19. Asma bronquial. Sección de Neumología. Ciudad Sanitaria N.ª S.ª Covadonga. Oviedo.
20. Biopsia percutánea de pulmón. Sección de Neumología. Ciudad Sanitaria N.ª S.ª Covadonga. Oviedo.

solicitudes: J. L. Viejo Bañuelos
General Sanjurjo, 15, 2.º D
BURGOS