

ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGIA

Órgano oficial de la Sociedad Española de
Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR.

XXIII Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Neumología
y Cirugía Torácica (SEPAR)

Zaragoza, 12 al 15 de Junio, 1991

Comunicaciones

Tabaquismo	1
Músculos respiratorios	11
Ventilación mecánica	17
Estudio del sueño	21
Oxigenoterapia	23
Asma-rinitis. Hiperreactividad bronquial	28
Enfermedades intersticiales	38
Tuberculosis	42
Otras infecciones	48
Endoscopia	57
Cáncer de pulmón	62
Cirugía	72
Pleura	79
Miscelánea	91

Conferencias

Pleurodesis	95
Dietas y asma	96
Lasers et protheses en bronchologie	97
Marcadores tumorales en patología respiratoria	99
Resonancia magnética en patología pulmonar	100

Conclusiones: 1) Alta prevalencia de infección y enfermedad en los contactos con enfermos tuberculosos. 2) Prevalencia de infección más elevada en los contactos de enfermos con baciloscopia positiva. 3) Bajo cumplimiento de la quimioprofilaxis. 4) Conveniencia de realizar el estudio sistemático de contactos de enfermos tuberculosos por su elevada rentabilidad.

ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE FRACASO TERAPEUTICO EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR

F.M. DOLZ SINISTERRA, J.L. ALFONSO SANCHEZ y D. CALVO ROMERO.

Hospital Dr. Peset Alexandre. Facultad Medicina y Hospital de Sagunto. Valencia.

La tuberculosis, a pesar de los logros terapéuticos obtenidos, es una enfermedad de elevada prevalencia en la población debido a la existencia de un gran porcentaje de enfermos crónicos capaces de perpetuar la endemia tuberculosa.

Objetivo: Estudiar los fracasos terapéuticos en pacientes con tuberculosis pulmonar y deducir las medidas posibles para evitar la cronicidad de la enfermedad.

Material y métodos: Se recogen 125 tratamientos para estudiarlos, elaborando un protocolo retrospectivo recogiendo historia clínica, edad, sexo, profesión, nivel sociocultural, tratamientos antituberculosos previos, patología asociada, causas conocidas de fracaso terapéutico, tratamiento actual y efectos secundarios.

Resultados: Se estudian 82 varones frente 43 mujeres. La media de edad es de 38,90 años (intervalo 22-62 años). La media de factores de riesgo por enfermo es de 2. En el 92 % de los enfermos del estudio existe un nivel sociocultural bajo. Se encuentra una demora diagnóstica del fracaso terapéutico de 23,56 meses. En los patrones radiológicos pulmonares existe un predominio del destructivo extenso de localización bilateral. El 32 % precisó tratamiento con fármacos de 2.ª fila, pudiendo reintroducirse el mismo tratamiento en el resto.

Conclusiones: 1) Acumulación de factores de riesgo en los pacientes con tuberculosis pulmonar que precisan retratamiento. 2) Bajo nivel socio-económico y cultural. 3) Tiempo de demora diagnóstica del fracaso terapéutico alto. 4) Lesiones pulmonares extensas, con patrones radiológicos con predominio destructivo. 5) Elevado déficit de información médica adecuada al paciente. 6) Alto porcentaje de uso incorrecto del tratamiento por razones culturales y económicas. 6) Necesidad del control de estos enfermos y facilitación de forma gratuita de la medicación necesaria.

PROGRAMA INTEGRAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN UNA COMARCA DE BIZKAIA

C. SALINAS, P. ESPAÑA, J. PEREZ IZQUIERDO, J. RAMOS, C. ESTEBAN y A. CAPELASTEGUI.

Hospital de Galdakao. Bizkaia.

Objetivos: Evaluación clínica, epidemiológica y operativa de un plan comarcal de control de la tuberculosis (TBC).

Metodología: El plan afecta a una comarca de Bizkaia de 258.000 habitantes y se desarrolla dentro de la estructura sanitaria general, en sus distintos niveles. La morbilidad se calcula a partir de tres fuentes de datos: 1) el registro propio del programa; 2) la unidad de vigilancia epidemiológica provincial y 3) el servicio de microbiología. Para cada caso de TBC se abre una hoja de declaración, que contiene la información para el análisis de resultados. Se realiza un estudio sistemático de contactos para búsqueda de nuevos casos e infectados.

Resultados: Número de casos de TBC respiratoria: 103 (40 × 100.000). Edad media: 38,1 meses, con distribución bimodal. Sexo: V/M 1,5/1. El tiempo medio de diagnóstico fue de 1,6 (2) meses. El diagnóstico se realizó en el 80 % de los casos dentro del programa establecido, el 8 % en centros monográficos y el 12 % en otros. El factor de riesgo más frecuente fue el VIH/SIDA (15,7 %). La forma clínica predominante fue la pulmonar (83,5 %). Hubo filiación bacteriológica en el 85 %. Tratamiento correcto en el 90 % de los casos, con una mortalidad del 7 %. Número de contactos estudiados: 375, entre los cuales hubo seis enfermos (1,7 %) y 191 infectados (52 %), siendo el 12 % virajes. Se indicó quimioprofilaxis en el 26 % de todos los contactos, con un cumplimiento del 86 %.

Conclusiones: 1) Importante impacto del programa sobre la TBC. 2) Aumento de la incidencia de la TBC en la comarca, más marcada en jóvenes y en población con VIH/SIDA. 3) Alta tasa de infección entre los contactos, sin relación significativa con el BK del caso índice ni el grado de convivencia.

IMPORTANCIA DE LA ESPECIFICIDAD EN LA SEROLOGIA DE LA TUBERCULOSIS. VALORACION CON EL AG6 Y CON EL AG 60

J.A. CAMINERO LUNA, F. RODRIGUEZ DE CASTRO, A. LOSADA*, M. CUEVAS**, T. CARRILLO, J. CUYAS y F. DIAZ.

Secciones de Neumología y *Bioquímica. Hospital Ntra. Sra. del Pino. Las Palmas y **Servicio de Inmunología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

A pesar de los múltiples estudios para encontrar un antígeno (Ag) específico para el diagnóstico serológico de la tuberculosis (TB), raramente se han empleado adecuados grupos control para poder demostrar esta especificidad (E).

Con el presente trabajo, utilizando la técnica ELISA y detectando IgG, hemos comparado esta E entre un Ag altamente específico como el Ag6 y otro genérico de las micobacterias como el Ag60. Para ello hemos seleccionado un grupo control que incluía aquellas patologías que podían dar lugar a falsos positivos. El estudio se realizó sobre suero de 108 pacientes, 22 con TB activa y baciloscopia positiva y 86 controles formados por siete sanos, 13 enfermos neumológicos, 18 afectos de lepra lepromatosa y 48 con TB residual o inactiva. Este último grupo se dividió a su vez en 13 con una inactividad de la enfermedad menor de un año, 13 en los que este período era de uno a cinco años y 22 en los que era superior a cinco años. El nivel umbral se consideró de 0,800 para el Ag6 y de 240 u para el Ag60.

La E global de ambos Ag fue muy baja, del 59,3 % para el Ag6 y del 68,6 % para el Ag60, aunque para los dos Ag

fue del 100 % en el grupo de los siete sanos y del 84,61 % en el de los enfermos neumológicos. Sin embargo, en la lepra esta E bajó al 61,1 % con el Ag6 y al 66,6 % con el Ag60 y se encontró muy reducida en las TB residuales, aunque con un comportamiento muy diferente para las dos Ag. Así, mientras la E global de este grupo fue de 45,6 % para el Ag6 y del 56,2 % para el Ag60, en los primeros años de inactividad de la enfermedad la E fue muy superior para el Ag6 (69,3 %) con respecto al Ag60 (46,2 %), invirtiéndose este dato cuando la inactividad era mayor de cinco años en los que el Ag60 se mostraba más específico (63,6 %) que el Ag6 (31,9 %). Tan sólo existió diferenciación estadísticamente significativa para ambos Ag entre los resultados del grupo de TB activas y los sujetos sanos, no evidenciándose con el resto de los grupos. Los mayores valores medios fueron aportados por el grupo de las TB inactivas en ambos Ag. Nuestros resultados ofertan un bajo rendimiento a la serología de la TB cuando ésta se realiza precisamente en los grupos que más pueden confundirse clínicamente con la enfermedad activa. Quizás pueda deberse a la IgG empleada que mantiene niveles elevados durante años.

TUBERCULOSIS EN EL ANCIANO

X. AGUILAR, J. RUIZ, A. TEXIDO, CH. DOMINGO, M. HARO, A. ROSELL y J. ROIG.

Servicio de Neumología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

El objetivo de nuestro trabajo consiste en analizar el comportamiento de la tuberculosis (TBC) en el anciano. Para ello hemos estudiado 44 enfermos tuberculosis de más de 65 años, que representan el 9 % de un total de 501 pacientes controlados, de forma protocolizada, en nuestro dispensario durante un período de cinco años. Esta consulta no incluye enfermos de SIDA ni portadores del VIH. En todos los casos, el diagnóstico se obtuvo aislando el BK o demostrando granulomas caseificantes en la histología. Los pacientes fueron tratados con esquemas cortos de 9 meses (2RHE/7RH) y 6 meses (2RHZE/4RH). El cálculo estadístico se realizó con un test de comparación de proporciones para datos independientes. La edad media del grupo fue 72,4 años (65-93) y la relación V/M de 3,8. Prácticamente todos los pacientes tenían más de una patología asociada y las más frecuentes fueron: tabaquismo (45 %), EPOC (31 %) enolismo (29 %), TBC previa (18 %) y diabetes (9 %). La presentación clínica más común fue la forma pulmonar (79 %) seguida de la pleural (9 %) y ósea (7 %). Se detectaron asociaciones de dos o más formas en un mismo enfermo. La clínica fue inespecífica con un 15 % de pacientes asintomáticos. El síntoma más constante fue la tos (41 %) y únicamente presentaron fiebre el 17 % de enfermos. El hallazgo radiológico más frecuente fue el infiltrado apical unilateral, demostrando derrame pleural y cavitación el 15 y 22 % de casos, respectivamente. Un 45 % de pacientes presentaron alteraciones radiológicas de tipo residual. El PPD fue positivo en el 92 % de casos. La media de retraso en el diagnóstico fue de 3,2 meses. Un 64 % de enfermos se diagnosticaron por baciloscopia, un 9 % por cultivo y un 27 % por histología. La tasa de letalidad fue del 5 %. Dos pacientes abandonaron el tratamiento. Se detectó un fracaso terapéutico, sin apreciar recaídas has-

ta la fecha. Constatamos reacciones adversas en el 38 % de casos, de los que sólo uno adquirió gravedad (hepatotoxicidad) y al comparar los dos esquemas de tratamiento empleados, no observamos diferencias significativas en su incidencia.

Conclusiones: 1) La TBC en nuestro medio tiene una baja prevalencia en el anciano y su comportamiento clínico-radiológico es muy similar al resto de población. 2) La rentabilidad de los procedimientos diagnósticos es parecida a la del resto de población y no se aprecia incremento en el retraso del diagnóstico. 3) El régimen de tratamiento de 6 meses se ha mostrado igual de eficaz que el esquema de 9 meses y la incidencia de reacciones adversas en ambas pautas no ofrece diferencia estadística significativa.

ESTUDIO DE LA INMUNIDAD RETARDADA Y LAS INFECCIONES TUBERCULOSAS Y POR EL VIH EN UN GRUPO DE DROGADICTOS

A. JUAN, J.M. JANSA**, R. VIDAL, J.A. CAYLA**, J. DE GRACIA, J. SERRANO, I. OCAÑA* y M. MIRAVITLLES.

*Servicios de Neumología y * Enfermedades Infecciosas. Hospital Vall d'Hebron e ** Instituto Municipal de la Salud. APAT. Barcelona.*

Objetivos: Determinar en una población de drogadictos (ADVP) de una comunidad terapéutica, el grado de infección tuberculosa y por el VIH y valorar su grado de inmunodepresión.

Metodología: Se realizó a los 223 individuos del estudio (175 varones y 48 mujeres): 1) serología VIH; 2) prueba de la tuberculina con 5UT de PPD RT23; 3) prueba de la inmunidad retardada Multitest; 4) determinación del índice CD4/CD8.

Resultados: Encontramos 117 seropositivos (52,2 %) para el VIH y 92 negativos (41,2 %). De los 117 VIH+, 43 tenían PPD+ (36,7 %) y 71 negativo (58,7 %) y de los 92 VIH-, 35 (38 %) fueron PPD+ y 54 (58,7 %) PPD-; no hay diferencias estadísticamente significativas (DES) entre estos dos grupos en la distribución del PPD.

La media de los valores de los índices CD4/CD8 en los individuos VIH+ fue de 0,47 y en los VIH- de 1,07, encontrando entre estas medias DES. También existen DES entre las medias de los índices CD4/CD8 de los ADVP VIH+/PPD+ (0,68) y VIH+/PPD- (0,4), y de estos últimos con los VIH-/PPD- (1,1).

En los 71 individuos VIH+/PPD- en los que se practicó el Multitest, encontramos 17 negativos para esta prueba. No encontramos DES en cuanto al PPD y al VIH entre los individuos que habían estado en prisión y los que no habían estado.

Conclusiones: 1) Los individuos VIH+ presentan mayor grado de inmunodepresión que los VIH negativos. 2) Los individuos VIH+/PPD- presentan un alto grado de inmunodepresión, que justifica la quimioprofilaxis, sobretudo en los Multitest negativos. 3) La estancia en la prisión no se ha asociado con mayor grado de infección ni por el VIH ni por el *M. tuberculosis*.