

# ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA

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

mellitus tipo II, y en dos una tuberculosis pulmonar antigua. Es importante remarcar que dos pacientes eran estudiantes de veterinaria en contacto habitual con ganado bovino.

Todos siguieron tratamiento con pautas de poliquimioterapia de 9 a 6 meses y presentaron una buena evolución sin ninguna complicación excepto una paciente que fue éxitus por una neoplasia asociada.

**Conclusiones:** 1) La enfermedad humana por *M. bovis* no está erradicada todavía de nuestro medio. 2) Destacar como antecedente epidemiológico en dos casos el hecho de ser estudiante de veterinaria en contacto con ganado bovino enfermo, lo que convertiría a esta población en un grupo de riesgo aumentado y motivo de controles periódicos.

### BACILOS DE ESCAPE Y MICOBACTERIAS AMBIENTALES EN ENFERMOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR

A. JUAN, T. FALGUERES\*, N. MARTIN\*, R. VIDAL, J. DE GRACIA y M. MIRAVITLLES.

Servicios de Neumología y \*Microbiología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos:** Estudiar el hallazgo de bacilos de escape (BE) y micobacterias ambientales (MA) en enfermos con tuberculosis pulmonar (TP), su influencia en la actitud del clínico y la evolución de estos enfermos.

**Metodología:** Se estudiaron 453 enfermos controlados entre 1986 y 1990, con TP demostrada bacteriológicamente, excluyendo los VIH positivos, a los que se les efectuaron controles clínicos, radiológicos y bacteriológicos, consistentes estos últimos en tinción de Ziehl-Neelsen (ZN) y cultivo de Löwenstein (LJ) del esputo al inicio, a los dos meses y al final del tratamiento. Se distribuyeron en dos grupos según el momento del hallazgo: grupo A a los 2 meses de tratamiento; grupo B al final del mismo. Los BE tenían todos ZN + y LJ negativo a los 6 meses.

**Resultados:** Se encontraron 13 enfermos con MA (2,8%), de los cuales cuatro pertenecían al grupo A y nueve al grupo B. Había 14 pacientes con BE (3,1%), seis en el grupo A y ocho en el grupo B. Se obtuvieron 20 aislamientos de MA y 18 de BE. El ZN en el momento del diagnóstico de la TP fue + en 11 de los pacientes que después tuvieron MA y en 13 de los que tuvieron BE. De los pacientes con MA, se modificó el tratamiento en cinco (38,5%). Entre los pacientes con BE, hubo modificaciones en cuatro. La evolución clínica, radiológica y bacteriológica fue satisfactoria en ambos grupos de enfermos.

**Conclusiones:** 1) El hallazgo de MA sin significación clínica en el curso del tratamiento de la TP es tan frecuente como el de BE. 2) Los BE pueden aparecer en pacientes que inicialmente tenían un ZN -, dando la impresión de un empeoramiento de la enfermedad. 3) Tanto los MA como los BE son fuentes de duda para el clínico y esto puede inducir a alargar o modificar el tratamiento de la TP. 4) Dada la buena evolución de los enfermos, creemos que la actitud del médico ante estos hallazgos debe ser no modificar el tratamiento si la clínica y la radiología son buenas y esperar el resultados del LJ y la identificación del germen.

### EDAD, MANTOUX Y LINFOCITOS DEL LIQUIDO PLEURAL EN EL DIAGNOSTICO DE LA PLEURESIA TUBERCULOSA

F. CARRION, M. PERPIÑA, J. SANCHIS y L. COMPTE. Servicio de Neumología. Hospital La Fe. Valencia.

La edad del paciente, el porcentaje de linfocitos presentes en el líquido pleural y la prueba tuberculínica son, entre otros, datos que el clínico considera habitualmente a la hora de establecer la posibilidad de que un derrame pleural exudativo (DPE) sea o no de etiología tuberculosa.

El objetivo del presente trabajo ha sido valorar si estos tres parámetros estimados de modo simultáneo son útiles como estrategia diagnóstica inicial para señalar dentro de los DPE, los de origen tuberculoso de los no tuberculosos.

Con este fin y sobre una serie de 214 pacientes con DPE (69 pleuresias tuberculosas (PT) y 145 no tuberculosas (PNT) (69 neoplasias, 58 infecciones no tuberculosas y 18 otras causas)), se han realizado, en función de la edad de los mismos (hasta 40 años y más de 40 años), sendos análisis multivariados discriminantes. Considerando como variable criterio, el diagnóstico con las categorías (PT y PNT) y, como variables independientes, el porcentaje de linfocitos detectado en el líquido pleural y el resultado (mm de induración; lectura a las 48 horas) del test tuberculínico (2 UT) (fase retrospectiva). La exactitud de las predicciones clasificatorias se puso a prueba aplicando posteriormente las funciones de clasificación resultantes (FC) en un grupo adicional de 59 DPE (22 PT, 37 PNT) (fase prospectiva).

Los resultados han sido los siguientes: a) Durante la fase retrospectiva y en los individuos de hasta 40 años, la sensibilidad (S) y especificidad (E) para PT de la ecuación discriminante obtenida fue de  $0,7 \pm 0,12$  y  $0,92 \pm 0,07$ , respectivamente (frecuencia de falsos positivos (FFP):0,08; frecuencia de falsos negativos (FFN):0,3), con un valor predictivo positivo (VPP) de 0,95 y un valor predictivo negativo (VPN) de 0,59; en los pacientes de más de 40 años, la ecuación discriminante correspondiente presentó para el diagnóstico de PT, los siguientes índices:  $S = 0,75 \pm 0,22$ ;  $E = 0,85 \pm 0,06$  (FFP = 0,15; FFN = 0,25); VPP = 0,34; VPN = 0,97. b) Cuando se aplicaron las FC en la fase prospectiva del estudio, se consiguieron unas clasificaciones diagnósticas correctas para PT y PNT en el 73% y 90% de los pacientes de hasta 40 años, y en el 71% y 81% de los pacientes con más de 40 años.

En conclusión, estos datos indican que el análisis conjunto de las variables aquí comentadas podrían ser consideradas como herramientas razonablemente válidas para enfocar la impresión clínica inicial de un DPE: hasta los 40 años, un test positivo orienta hacia el diagnóstico de PT; con más de 40 años, un test negativo aconseja descartar PNT.

### METODOS DIAGNOSTICOS EN TUBERCULOSIS PLEURAL

J.A. CAMINERO, F. RODRIGUEZ DE CASTRO, A. LOSADA\*, I. CARRILLO, L. LOPEZ\*\*, y P. CABRERA.

Secciones de Neumología, \*Bioquímica y \*\*Cirugía Torácica. Hospital Ntra. Sra. del Pino. Las Palmas.

La afección pleural por la tuberculosis (TB) presenta importantes problemas diagnósticos derivados del escaso

## TUBERCULOSIS

número de bacilos presentes en la cavidad pleural. Ello motiva que la cruenta biopsia pleural tenga que realizarse en un elevado porcentaje de enfermos. Por este motivo, con el objetivo de valorar la rentabilidad de los distintos métodos diagnósticos en TB pleural, hemos estudiado suero, líquido pleural y pieza de biopsia pleural de 30 pacientes con esta enfermedad y de un grupo control de 48 enfermos con otras afecciones pleurales. La mayor sensibilidad se obtuvo con la determinación de la adenosín deaminasa (ADA) en líquido pleural (100%), seguido por el cociente lisosima líquido/lisosima suero superior a 1,2 (93,3%) y el estudio histológico de la pieza de biopsia pleural (76,6%). Reportaron una S menor la detección de IgG anti-antígeno 60 (A60) en suero (53,3%) y líquido pleural (50%), el cultivo de la biopsia pleural (43,3%) y el cultivo del líquido (30%), con una muy baja S de la baciloscopia de la biopsia (6,6%) o líquido pleural (3,3%). La especificidad fue del 100% para todas estas técnicas salvo para el ADA en líquido (93,7%) y el cociente lisosima líquido/lisosima suero (89,6%).

La media de las unidades de IgG anti-A60 obtenidas en suero era superior ( $p < 0,01$ ) en las 30 tuberculosis pleurales (459,83 unidades) que en los 48 controles (107,42), hecho que también ocurría cuando la técnica se desarrollaba sobre líquido pleural, donde igualmente existía diferenciación estadística ( $p < 0,001$ ) entre las medias de las tuberculosis pleurales (273,61) y la de los controles (42,6). Existía una relación estrecha entre los niveles de IgG anti-A60 en suero y líquido pleural en el grupo de tuberculosis pleural ( $r = 0,97$ ) y al ser valorados los dos grupos conjuntamente ( $r = 0,97$ ). Este dato iría a favor de que los anticuerpos en el líquido pleural podrían estar presentes por difusión pasiva desde el suero y no por producción local de los mismos.

Concluimos opinando que, junto a la determinación de ADA y lisosima, la detección de IgG anti-A60 en suero y líquido pleural se muestra como una técnica válida para poder evitar la biopsia pleural. Es destacable el comportamiento de estos anticuerpos y su posible difusión pasiva desde suero a líquido pleural.