

cia actual, siendo necesaria su declaración para tener un conocimiento exacto de la realidad existente.

M.J. Rodríguez Bayarri
 Servicio de Medicina Preventiva
 y Enfermedades Profesionales. Asepeyo.
 Barcelona.

1. Nueva Lista de Enfermedades Profesionales. 1979. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. R.D. 1995/1978, 12 de mayo (83 y 86-87).
2. Marchand M. Tuberculosis profesional. En: Parmeggiani L, editor. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. O.I.T. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1989; 2.492-2.496.
3. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. Draft guidelines for preventing the transmission of Tuberculosis in health care facilities, 2nd edition; Notice of Comment Period. Part II. Federal Register 1993; 58: 52.810-52.854.
4. CDC. Prevention and control of tuberculosis in facilities providing long-term care to the elderly. Recommendations of the Advisory Committee for Elimination of Tuberculosis. MMWR 1990; 39/RR-10.
5. CDC. Prevention and control of tuberculosis in correctional institutions: Recommendations of the Advisory Committee for the Elimination of Tuberculosis. MMWR 1989; 38: 313-319 y 325

Neumotórax provocado por un lavado broncoalveolar

Sr. Director: El lavado broncoalveolar (LBA) es una técnica broncoscópica de gran utilidad clínica en el estudio de diversas enfermedades pulmonares, tanto para su diagnóstico como para su control evolutivo. Se la considera una exploración segura, que añade pocas complicaciones a las propias de la broncoscopia. Puede ocasionar mayor hipoxemia, sangrado, fiebre e infiltrados transitorios¹. Presentamos un caso que desarrolló un neumotórax tras la realización de un LBA.

Mujer de 82 años con un patrón intersticial radiológico en la que se planteó un estudio mediante LBA y TAC torácica en régimen ambulatorio. Iniciado el LBA apareció tos incoercible de forma brusca durante la instilación, en el lóbulo medio. de los primeros 50 ml de suero fisiológico, no pudiendo recuperarse apenas líquido, por lo que se finalizó la prueba. A las 72 h de la exploración, se realizó una TAC torácica (fig. 1), visualizándose un neumotórax parcial derecho, en el contexto de unas bronquiectasias quísticas de los

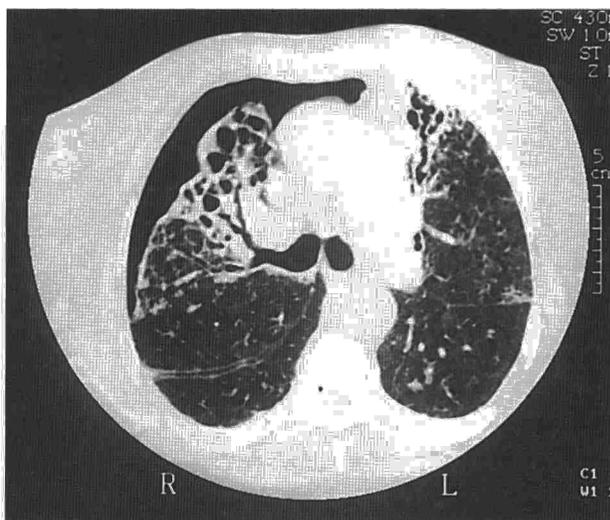


Fig. 1. TAC torácica. Neumotórax parcial derecho en el contexto de bronquiectasias quísticas.

segmentos anterior y posterior del lóbulo superior derecho, lóbulo medio y segmento anterior del lóbulo superior izquierdo. La paciente reconoció haber notado dolor pleurítico derecho a las pocas horas de la broncoscopia, acompañado de disnea, que fue paulativamente disminuyendo en intensidad. Tratada con oxigenoterapia y reposo se comprobó la resolución del neumotórax en 7 días.

La fibrobroncoscopia y sus diversas técnicas son exploraciones seguras que permiten su realización ambulatoria. Aunque el neumotórax es una complicación conocida de las biopsias transbronquiales, su incidencia en el LBA es excepcional, publicándose el primer caso en 1988 en una paciente con sida y una infección por *Pneumocystis carinii*². Posteriormente se han descrito otros 2 casos, uno en un paciente con una EPOC y un patrón intersticial a estudio³ y el otro en la valoración de la alveolitis en una sarcoidosis⁴. En todos ellos los síntomas comenzaron durante o inmediatamente después de la prueba y todos precisaron drenaje torácico, sin complicaciones posteriores. En nuestro caso la clínica fue diferida y el pequeño volumen del neumotórax permitió el tratamiento conservador con éxito.

El mecanismo patogénico involucrado parece ser el de un barotrauma provocado por la instilación del líquido en un segmento pulmonar ocluido por el broncoscopio, con un aumento brusco de la presión provocado por accesos de tos durante el LBA sobre un parénquima pulmonar alterado por la propia enfermedad respiratoria. Este efecto puede originar también un neumomediastino, como se ha descrito en un paciente con bronquiectasias⁵. Incluso en los enfermos con una gran alteración estructural y escasa distensibilidad pulmonar el neumotórax sigue siendo una

complicación muy poco frecuente. Así, en una serie de 110 LBA realizados en pacientes con distrés respiratorio del adulto, se detectó un único neumotórax, aunque previo al LBA⁶.

Creemos que, aunque el LBA es una exploración reglada y segura con escasas complicaciones, es aconsejable un control posterior. Es recomendable la realización sistemática de una radiografía de tórax en las primeras horas de la práctica de un LBA, si el líquido recuperado es escaso y la prueba se acompaña de tos intensa.

A. Herrejón Silvestre, I. Inchaurreaga Álvarez y P. Plaza Valía
 Servicio de Neumología. Hospital Dr. Peset.
 Valencia.

1. American Thoracic Society. Clinical role of bronchoalveolar lavage in adults with pulmonary disease. Am Rev Respir Dis 1990; 142: 481-486.
2. Krueger JJ, Sayre VA, Karetzky MS. Bronchoalveolar lavage-induced pneumothorax. Chest 1988; 94: 440-441.
3. Ruiz F, Casado I, Monsó E. Pneumothorax during bronchoalveolar lavage. Chest 1989; 96: 1.441-1.442.
4. Pont F, De Gispert FJ, Ruiz MJ. Neumotórax secundario al lavado broncoalveolar. Med Clin (Barc) 1995; 104: 357-358.
5. De Gracia J, Miravittles M. Neumotórax y neumomediastino tras lavado broncoalveolar: ¿pueden evitarse? Med Clin (Barc) 1995; 105: 598.
6. Steinberg KP, Mitchell DR, Maunder RJ, Milberg JA, Whitcomb ME, Hudson LD. Safety of bronchoalveolar lavage in patients with adult respiratory distress syndrome. Am Rev Respir Dis 1993; 148: 556-561.