

cuenta como se pensaba hace unos años¹. Al analizar cronológicamente las series que estudian el origen de las metástasis intestinales^{3,4,6} encontramos que cuanto más recientes son, más frecuente es el origen pulmonar. Este hecho puede deberse al aumento de la incidencia del carcinoma pulmonar en la población y al incremento de la supervivencia de estos pacientes. Creemos que esta posibilidad debería ser tenida en cuenta cuando un adulto fumador presenta síntomas abdominales⁵ y con más motivo si ha sido diagnosticado previamente de carcinoma pulmonar o la radiografía de tórax sugiere el diagnóstico.

F.E. Teruel González^a, M.J. Blasco Gutiérrez^b y A. Díez Herranz^c

^aServicio de Neumología. Hospital Universitario de Valladolid.
^bDepartamento de Anatomía patológica. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.
^cUnidad de Neumología. Centro Médico Paracelso. Valladolid.

- Listrom MB, Davis M, Lowry S, Williams WW, Monsein LH, Kleinman R et al. Intossusception secondary to squamous carcinoma of the lung. *Gastrointest Radiol* 1988; 13: 224-226.
- Antler AS, Ough Y, Pitchumoni CS, Davidian M, Thelmo W. Gastrointestinal metastases from malignant tumors of the lung. *Cancer* 1982; 49: 170-172.
- De Castro CA, Dokcerty MB, Mayo CW. Metastatic tumors of the small intestines. *Surg Gynecol Obstet* 1957; 105: 159-165.
- McNeil PM, Wagman LD, Neifeld JP. Small bowel metastases from primary carcinoma of the lung. *Cancer* 1987; 59: 1486-1489.
- Issa K, Mullen KD. Large-Cell carcinoma of the lung with major bleeding and intossusception. *J Clin Gastroenterol* 1991; 15: 142-145.
- Farmer RG, Hawk WA. Metastatic tumors of the small bowel. *Gastroenterology* 1964; 47: 496-504.

Fístula de líquido cefalorraquídeo y traumatismo torácico

Sr. Director: Los accidentes de tráfico son responsables de la mayoría de los traumatismos torácicos que se atienden en los servicios de urgencias de los hospitales. El traumatismo craneoencefálico directo, por impacto del parabrisas o el volante, es una lesión habitualmente asociada y su sospecha viene condicionada, en principio, por la presencia de contusiones o soluciones de continuidad en cara o cuero cabelludo.

Varón de 54 años, sano, conductor sin cinturón de seguridad de un coche que sufrió un accidente de tráfico con salida de la calzada y colisión frontal contra un muro, que consultó por dolor centrotorácico intenso consecutivo a la contusión contra el volante. En la exploración física no se apreciaron lesiones en la superficie torácica, abdominal, macizo craneofacial, ni extremidades. La compresión torácica era dolorosa, sin detectarse crepitación subcutánea, chasquidos ni movimientos paradójicos de la caja. La exploración abdominal fue anodina, al igual que la de las extremidades superiores e inferiores. Durante la exploración en bipedestación llamó la atención un destilar continuo de un líquido cristalino por la fosa nasal izquierda (rinoliquorrea). Puntuación de 15 en la Escala de Coma de Glasgow, si bien su estado de conciencia era irritable. Bajo el diagnóstico de traumatismo torácico por desaceleración y sospecha de fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR) asociada, se procedió a realizar profilaxis antibiótica, radiología torácica y craneal, ecografía abdominal, analíticas sanguíneas estándar y tomografía computarizada (TC) del cráneo en proyecciones transversal y frontal. Las pruebas radiológicas torácicas fueron normales, al igual que la ecografía abdominal y ECG, si bien las enzimas CK y CK-MB eran de 2.864 y 80 U/l, respectivamente. En la TC con ventana ósea se observó en un corte frontal anterior la presencia de un cambio de densidad en la vertiente izquierda de la lámina cribosa del etmoides compatible con un punto de fractura ósea y fístula. El resto de los datos obtenidos de la exploración tomográfica y la radiología simple craneal se encontraban dentro de parámetros normales. El paciente fue ingresado en el Servicio de Neurocirugía donde se autolimitó la fístula a las 5 h, manteniéndose neurológicamente estable. Tras una semana fue dado de alta y su revisión clínica y radiológica al mes y 3 meses no mostró recidiva o secuelas.

Las fístulas de LCR pueden ser congénitas o adquiridas (traumáticas, posquirúrgicas, tumorales, etc.). Su importancia radica en la posibilidad de una infección meníngea que haga peligrar la integridad del SNC y la vida del paciente. El encéfalo es dañado, entre otras causas, cuando se acelera por un golpe en la cabeza y es impulsado contra el cráneo o la tienda del cerebelo, en un punto opuesto a donde se asió el golpe. Sin la protección del LCR y las meninges, el encéfalo posiblemente sería incapaz de resistir los menores traumatismos de la vida diaria¹. El espacio subaracnoideo rodea completamente el encéfalo y se extiende por los nervios olfatorios hasta el mucoperiostio de las fosas nasales.

En el caso descrito, la ausencia de lesiones craneofaciales en superficie descarta la exis-

tencia de un traumatismo craneoencefálico por contacto directo y revela como causa hipotética de la lesión, la contusión torácica contra el volante, el consiguiente aumento de la presión venosa central y del LCR en conjunción con un desplazamiento anterior del contenido encefálico por el latigazo cervicocraneal, asociado o no a un punto de debilidad ósea previamente existente en la lámina cribosa del etmoides, condicionando una solución de continuidad simultánea dural, ósea etmoidal y del mucoperiostio de las fosas nasales, poniendo en contacto el espacio subaracnoideo con el exterior. El aumento de la presión del LCR secundario a la hiperpresión torácica ha sido estudiado por Sakikawa et al².

Se confirmó la sospecha clínica mediante el estudio radiológico con TC craneal. Las imágenes de radiología convencional no permitieron detectar ninguna lesión. La punción e inyección lumbar subaracnoidea de contrastes radiológicos como la metrizamida o el iopamidol, se ha utilizado para detectar los puntos de fuga del LCR tanto en la radiología convencional como en TC. Eljamel y Pidgeon han utilizado la resonancia magnética para precisar la localización de fístulas de LCR inactivas, con mejores resultados que con la TC, obteniendo un 9,5% de falsos positivos con ésta³.

El tratamiento inicial consiste en reposo con la cabeza elevada, con objeto de disminuir la presión del LCR y potenciar la cicatrización dural, mucosa y la consolidación ósea. Hay que tener en cuenta y resolver todas las causas que puedan aumentar la presión del LCR (tos, estornudos, estreñimiento, etc.). La profilaxis antibiótica de amplio espectro prevendrá la infección meníngea. Si tras 2 semanas no cede la liquorraea, ha de plantearse el tratamiento quirúrgico, pues las posibilidades de cierre espontáneo son escasas.

La completa valoración y observación de todo paciente traumatizado hace posible la detección de casos como el presentado.

E. Martín Díaz, A. Arnau Obrer y A. Cantó Armengod
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital General Universitario de Valencia.

- Ganong WF. Circulación a través de regiones especiales. En: Ganon WF, editor. *Fisiología médica*. México: El Manual Moderno, 1994; 647-669.
- Sakikawa Y, Kobayashi H, Nomura Y. Changes in cerebrospinal fluid pressure in daily life. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994; 103: 959-963.
- Eljamel MS, Pidgeon CN. Localization of inactive cerebrospinal fluid fistulas. *J Neurosurg* 1995; 83: 795-798.

Convocatoria Premio SEPAR'1997-98 ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA

Bases premio SEPAR'1997-8

1. El Premio SEPAR, de periodicidad anual, está dotado con 300.000 ptas., además de cuatro Accésit de 100.000 ptas. cada uno.

2. Se considerarán con opción al premio todos los trabajos originales de autores españoles, realizados en España y publicados en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, entre el número de abril de 1997 al de marzo de 1998, ambos inclusive.

3. Los autores que publiquen 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 SEPAR, el Tribunal Calificador queda constituido como sigue:

- Director de la Revista ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA.
- Presidente de SEPAR.
- Presidente del Comité Científico de SEPAR.
- Presidente del Comité de Congresos de SEPAR.
- Redactor más antiguo de la Revista ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA.

6. La Secretaría de Redacción de la Revista ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA se encargará de comunicar a los miembros del Tribunal los trabajos que participan en la convocatoria, 3 meses antes de la concesión del Premio y, asimismo, de reclamar la calificación de los trabajos 2 meses después para proceder a la selección de los

10 mejores con arreglo a la media aritmética alcanzada. Asimismo, la Secretaría de SEPAR se encargará de convocar a los componentes del Tribunal.

Los miembros del Tribunal enviarán a la Secretaría de SEPAR en sobre cerrado su calificación en números enteros de uno a 10, de todos y cada uno de los trabajos que participan en la convocatoria del Premio SEPAR.

7. Mediante votaciones secretas el Tribunal Calificador, reunido en la sede del Congreso, irá eliminado un trabajo en cada votación hasta que solamente quede el ganador, utilizándose después el mismo procedimiento para la adjudicación de los Accésit.

8. La decisión del Tribunal Calificador se anunciará en uno de los actos oficiales del Congreso e inmediatamente se procederá a la entrega del premio a los autores o a sus representantes.

VI Simposio sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Hotel Arts de Barcelona, 26 y 27 de marzo de 1998.

Secretaría técnica: Unicongress.

Calvet, 55. 08021 Barcelona.

Tel. (93) 200 70 88 Fax (93) 209 31 52.

XXIV Congreso Neumosur

Granada, 26-28 de marzo de 1998.

Información: Eurocongres S.A.

Avda. Constitución, 18, bloque 4.

18012 Granada. Tel. (958) 20 93 61. Fax (958) 20 94 00.