



En el caso presente se dieron varios de los factores considerados de riesgo, lo que induce a estar de acuerdo a que deben extremarse las medidas de precaución cuando se plantea la instauración de una nutrición por SNG, ya que las complicaciones que pueden derivarse son habitualmente graves.

K. Abu-Shams, A. Sebastián*
y **L. Metola**

Sección de Neumología.

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

*Servicio de Neumología.

Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

1. Light RW. Pneumothorax. En: Light RW, editor. Pleural diseases. Filadelfia: Ed. Lea, 1983; 187-204.
2. McWey RE, Curry NS, Schabel SI, Reines HD. Complications of nasogastric feeding tubes. Am J Surg 1988; 155(2): 253-257.
3. Tornero C, Herrejón A, Salcedo M. Neumotórax, atelectasia y derrame pleural secundario a la colocación de una sonda de alimentación enteral. Rev Clin Esp 1992; 191: 286-287.
4. Carey TS, Holcombe BJ. Endotracheal intubation as a risk factor for complications of nasogastric tube insertion. Crit Care Med 1991; 19: 427-429.
5. Ibarra-Pérez C. Perforación pulmonar por sonda de pequeño calibre para alimentación enteral. Rev Invest Clin 1992; 44: 255-258.

Marcadores tumorales y lavado broncoalveolar en el cáncer de pulmón

Sr. Director: Hemos leído con atención la interesante revisión de Hernández Hernández y Ruibal Morell¹ sobre marcadores tumorales en el cáncer bronquial.

Se considera que el origen de los marcadores tumorales radicaría en las propias células neoplásicas. Nosotros estimamos que el marcador tumoral es, en principio, expresión de un fenómeno local y no general. Por ello pensamos que la zona donde se deberían analizar estos marcadores tumorales es la más próxima posible al tumor. En neumología disponemos de un método diagnóstico, el lavado broncoalveolar (LBA), que nos permite recoger directamente material procedente del tumor². Varios grupos de trabajo^{3,4} observan que determinados marcadores tumorales están más elevados en el LBA de pacientes con carcinomas broncogénicos que en el de sujetos sanos. Menard et al⁵ han hallado un incremento significativo de la enolasa neuronal específica (NSE) en el LBA de patología pulmonar cancerosa frente a otras patologías no cancerosas. Comprobaron que esta sustancia también se elevaba en el LBA de los bronquíticos crónicos en relación a sus niveles séricos y de otras enfermedades del pulmón, sin llegar a las concentraciones alcanzadas en las neoplasias⁵.

La detección del antígeno carcinoembrionario (CEA) en el líquido del LBA ha incre-

mentado la rentabilidad de la broncoscopia en el cáncer de pulmón⁴. Se ha observado una gran utilidad del mismo en las neoplasias periféricas y en los nódulos pulmonares solitarios, de difícil acceso al fibrobroncoscopio⁶. De igual forma, se ha podido comprobar que su rentabilidad en el LBA para el seguimiento postoperatorio del cáncer bronquial es superior a la del suero⁷.

Wesselius et al³ no han encontrado relación entre las concentraciones del antígeno carcinoembrionario (CEA) en el LBA y en suero. Macchia et al⁸ entienden que el análisis simultáneo de varios marcadores tumorales en el LBA puede ser de gran ayuda en la valoración del cáncer broncopulmonar.

Por todo lo expuesto, pensamos que el estudio de los marcadores tumorales en el LBA puede ser de gran importancia, no sólo en la investigación, sino también en la valoración clínica de los tumores pulmonares⁹.

C. Prados, R. Álvarez-Sala,

F.J. Gómez de Terreros y J. Villamor

Servicios de Neumología. Hospital La Paz.

*Hospital El Aire. Universidades Autónoma y Complutense. Madrid.

1. Hernández Hernández JR, Ruibal Morell A. Marcadores tumorales en el carcinoma broncopulmonar. Arch Bronconeumol 1993; 29: 332-341.
2. Rennard SI, Spurzem JR. Bronchoalveolar lavage in the diagnosis on lung cancer. Chest 1992; 102: 331-332.
3. Wesselius LJ, Dark JS, Papiasian CJ. Airway carcinoembryonic antigen concentrations in patients with central lung cancer or chronic bronchitis. Chest 1990; 98: 393-397.
4. Álvarez-Sala R, Blasco R, Callol L, Laguna R, Álvarez-Sala JL, Gómez de Terreros FJ. Tumor markers in bronchoalveolar lavage. Acta Oncol 1989; 25: 290-291.
5. Menard O, Dousset B, Jacob C, Anthoine D, Martinet Y. Signification des taux d'antigène carcino-embryonnaire dans le liquide de lavage alvéolaire en pathologie bronchopulmonaire cencereuse et non cancerouse. Rev Mal Respir 1992; 9: 185-189.
6. De Diego A, Compte L, Sanchis J, Enguidanos MJ, Marco V. Usefulness of carcinoembryonic antigen determination in bronchoalveolar lavage fluid. A comparative study among patients with peripheral lung cancer, pneumonia and healthy individuals. Chest 1991; 100: 1.060-1.063.
7. Matsouka Y, Endo K, Kawamura Y et al. Normal bronchial mucus contains high levels of cancer-associated antigens, CA 125, CA 19-9, and carcinoembryonic antigen. Cancer 1990; 65: 506-510.
8. Macchia V, Mariano A, Cavalcanti M et al. Tumor markers and lung cancer: Correlation between serum and bronchial secretion levels of CEA, TPA, Can Ag Ca-50, NSE and ferritin. Int J Biol Markers 1987; 2: 151-156.
9. Prados C, Álvarez-Sala R. Valoración clínica de los marcadores tumorales en el lavado broncoalveolar. Med Clin (Barc) 1994; 102: 174-177.

Quilotórax y cirrosis hepática

Sr. Director: Hemos leído con interés el artículo de Rodríguez et al¹ "Quilotórax y cirrosis hepática". Si bien nos parece un caso clínico muy interesante creemos que es preciso matizar sobre cómo se confirma el diagnóstico.

En este trabajo se dice textualmente: "El diagnóstico de quilotórax se confirmó al hallar cifras de triglicéridos en líquido pleural superiores a 110 mg/ml."

Desde nuestro punto de vista y basándonos en bibliografía sobre el tema², el diagnóstico de quilotórax no puede establecerse solamente al encontrar cifras de triglicéridos superiores a 110 mg/dl, como es frecuente ver en la literatura¹⁻³, toda vez que derrames pleurales macroscópicamente similares al quilotórax tienen unas cifras de colesterol superiores a 110 mg/dl y no son quilotórax sino pseudoquilotórax con etiopatogenia y tratamiento diferentes. El hallazgo que define la diferencia entre quilotórax y pseudoquilotórax es la existencia de quilomicrones, que deben investigarse siempre que encontremos un líquido quiliforme. Otro parámetro de quilotórax es la pobreza en colesterol, que en el pseudoquilotórax es muy elevada debido a su mecanismo de formación. Sin embargo, este último también puede cursar con cifras de triglicéridos superiores a 110 mg/dl, de ahí las posibles confusiones^{4,5}, y si bien el pseudoquilotórax no es muy frecuente es preciso tenerlo en cuenta.

Dado que este matiz conceptual lo hemos visto inexactamente aplicado, a nuestro juicio, en otras ocasiones, es por lo que hicimos un resumen del tema publicado en *Gaceta Médica de Bilbao* con el título de "Fluidos latescentes"⁶, que quizás tenga interés y cuya crítica será para nosotros muy positiva.

J.M. Merino Múgica y B. Urriaga Basarrate

Servicio de Medicina.

Sección de Neumología.

Hospital de Basurto. Bilbao.

1. Rodríguez E, Aliaga JL, Vila A. Quilotórax y cirrosis hepática. Arch Bronconeumol 28; 8: 401-402.
2. Izquierdo Ramírez J. Pleuritis paraneumónicas. Empiema. Infecciones menos frecuentes. En: Morera Prat J, editor. Patología pleural y mediastínica II 202 Dps. L. M.42972 1986; ISBN 84-398-8444-3.
3. Marín A. Enfermedades de la pleura. En: Farreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna. Barcelona: Doyma, 1992; 828-829.
4. Coe EJ, Aikawa KJ. Cholesterol Pleural Effusion. Arch Intern Med 1961; 108: 167-168.
5. Sasson SC, Light WR. Chylothorax and pseudoquilotórax. Clinics Chest Med 1985; 6: 169-170.
6. Merino JM, Urriaga B, Villarreal JJ. Fluidos latescentes. Gaceta Médica de Bilbao, 1992; 89: 98.