

Determinación del antígeno carcinoembrionario en el lavado broncoalveolar. Su utilidad en el diagnóstico de procesos malignos broncopulmonares

S. PLAZA, D. ORTEGA, J.M. LOSCOS, E. MONTERO, J. MONTERO, T. GARCIA, J. GONZALEZ, J.L. ALVAREZ-SALA y D. ESPINOS
Cátedra de Patología Médica (Prof. Espinós). Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Los antígenos oncofetales comprenden un grupo particular de marcadores tumorales, entre los cuales, el antígeno carcinoembrionario (CEA), ha sido el más ampliamente estudiado. Incrementos del CEA sérico mayores de 1,5 ng/ml se encuentran sobre todo en procesos neoplásicos malignos, aunque también más raramente, en enfermedades inflamatorias, tumores benignos e incluso en sujetos sanos fumadores. La determinación del CEA se ha efectuado en diversos fluidos y secreciones orgánicas, en un intento de valorar su utilidad en el diagnóstico de diversos procesos malignos. En este sentido hemos realizado la determinación del CEA en el líquido del lavado broncoalveolar (LBA) como método de ayuda en el diagnóstico de los tumores malignos pulmonares.

Se efectuó un LBA por la técnica habitual en nuestro servicio a un primer grupo de 11 enfermos (10 V y 1M) con neoplasias pulmonares, tanto primarias como metastásicas, y a un segundo grupo de 7 enfermos (5 V y 2M) con procesos diversos no tumorales. Las edades no diferían significativamente en los dos grupos. Se cuantificó el CEA (ELISA) y las proteínas totales (ácido sulfasalicílico). El CEA en el LBA del primer grupo fue de 219 ± 737 ng/ml (8 ± 19 ng/mg de proteína) y en el segundo de 13 ± 16 ng/ml ($0,33 \pm 0,24$ ng/mg de proteína). Estos resultados no difieren significativamente.

Niveles de CEA superiores a 55,7 ng/ml (0,95 ng/mg proteína) cifra que es el límite superior de confianza al 99 % para la serie de enfermos no tumorales, tienen una especificidad y un valor predictivo positivo de enfermedad tumoral maligna pulmonar del 100 %. Por el contrario, la sensibilidad y el valor predictivo negativo se sitúan en un 36 % y un 50 % respectivamente.

Revisión retrospectiva de 70 carcinomas primitivos de pulmón

J.M. MORALES BALLESTEROS, J. GALLARDO CARRASCO, M.T. MARTINEZ MARTINEZ, F. AGUDO CAMACHO, D. DOMINGUEZ NAVARRO y J. DE LA MORENA FERNANDEZ
Servicio de Medicina Interna. Hospital General del INSALUD de Guadalajara

Se hace una revisión retrospectiva de un grupo de 70 pacientes diagnosticados de tumor primitivo, maligno, durante un período de 3 años en un servicio de medicina interna de un hospital general. Se valora y correlacionan los siguientes parámetros: edad, sexo, predominio rural o urbano, localización, hábito tabáquico e intervalo libre desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso hospitala-

rio, además de otros parámetros clínicos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos, realizándose correlación estadística de los mismos. Los diagnósticos histológicos fueron: 40 casos (57,1 %) de epidermoides; 17 casos (24,2 %) de *oat-cells*; 11 casos (15,71 %) de adenocarcinoma y 2 casos (2,8 %) de carcinoma de células grandes. De los 70 casos, el 35,7 % (25 casos) fueron tratados con quimioterapia, conociendo su evolución posterior y el resto tratados quirúrgicamente (12 casos, 17,1 %) y otro sintomáticamente. Los resultados obtenidos son los siguientes: edad media $66,07 \pm 9,11$ años (oscilando entre 43 y 86 años) de los cuales 65 eran varones (82,8 %) y 5 mujeres (7,14 %). La mayoría vivían en medio rural (62,5 %). En cuanto a la localización predomina el pulmón izquierdo, 37 casos (52,8 %), sobre el derecho (32 casos, 45,7 %), siendo bilateral en 1 caso (1,42 %). Hábito tabáquico: 63 pacientes (90 %) eran fumadores, de los que 15 (21,4 %) lo eran de más de 40 cig./día. En cuanto al tratamiento quimioterápico se hizo en 25 casos (35,7 %), con la siguiente distribución: 10 casos de *oat-cells* tratados con dos pautas terapéuticas diferentes: 5 con la asociación ciclofosfamida y VP-16 (Grupo A) y 5 con ciclofosfamida, VP-16 y vindersina (Grupo B). Los otros 15 casos tratados correspondían a carcinomas epidermoides y lo fueron con diferentes pautas terapéuticas. El resto, 45 casos (64,2 %) no tratados con quimioterapia. La evolución de este grupo de pacientes tratados fue diferente, falleciendo la mayoría entre los 9 meses y los 26 meses (1 paciente del grupo B), falleciendo 3 pacientes entre los 10 y los 12 meses (del Grupo A) y 4 pacientes (40 %) a los 9 meses. Se realiza un estudio y correlación estadística de los diferentes parámetros estudiados, tanto clínicos, terapéuticos, como evolutivos y se discuten los resultados.

Mesotelioma pleural. Diagnóstico

A. BORRAS*, B. LLOVERAS**, F. AZNAR*, J. RUBIO* y R. CORNUDELLA*

** Servicio de Aparato Respiratorio. ** Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

Se han estudiado 21 casos de mesotelioma pleural maligno, vistos entre los años 1976-1984 en el servicio de neumología de un hospital general.

Se recogieron datos concernientes a: sexo, edad, profesión, primer síntoma, citología líquido pleural, CEA, biopsia por pleuroscopia y/o toracotomía, y necropsia.

La edad se hallaba comprendida entre los 32 y los 81 años. Se comprueba un claro predominio de los varones (19 casos) sobre las mujeres (2 casos).

No se ha podido constatar una relación clara con la exposición al asbesto, pues sólo en 3 casos (2 mecánicos y 1 fontanero) existía dicho antecedente.

Existe un predominio del dolor torácico y síndrome tóxico como primera manifestación del mesotelioma (16 casos).

En cuanto a los resultados de los métodos empleados en el diagnóstico, la citología fue rentable con demostra-



ción de células malignas, sin poder establecer un diagnóstico de certeza, en 4 casos.

El CEA fue negativo en los 2 casos en que se estudió.

La biopsia con aguja fue positiva en 6 casos, dando resultados compatibles pero sin certeza absoluta.

La pleuroscopia fue practicada en 5 casos, con resultado positivo en todos.

La toracotomía fue diagnóstica en los 8 casos en los que se realizó.

Dos casos fueron diagnosticados por necropsia.

Conclusiones

1.º Creemos que ante la sospecha clínica del mesotelioma, se impone el estudio por pleuroscopia o toracotomía.

2.º En nuestra experiencia no existe una clara coincidencia del mesotelioma con la exposición al asbesto.

Estudio del sistema celular fagocítico en fumadores con cáncer pulmonar primitivo. Comparación entre el BAL (lavado broncoalveolar) y la sangre

E. HERNANDEZ GARCIA, J. ALLER ALVAREZ, M.A. DEL POZO PEREZ y R. VELASCO ALONSO
Servicio de Neumología. Departamento de Medicina Interna.
Hospital Clínico. Valladolid.

Introducción

La evidente y todavía poco estudiada participación del sistema fagocítico en el control tumoral, así como el hecho de ser el cáncer de pulmón la más frecuente de las neoplasias que se originan en el hombre, nos ha llevado a realizar este trabajo.

Material y métodos

Se han elegido grandes fumadores (más de 20 cig./día durante varios años) divididos en dos grupos: 1) 22 enfermos portadores de un carcinoma pulmonar primario; 2) 12 controles, que además de ser fumadores, no debían padecer ninguna enfermedad que pudiera suponer alguna alteración inmunológica y dar lugar a errores en la interpretación de los resultados. La única diferencia entre ambos grupos es el cáncer de pulmón. En ambos grupos se realizó fibrobroncoscopia para obtención del BAL y se extranjerón 25 cc de sangre venosa. En el BAL se estudió: número total de células; conteo diferencial de esas células; separación de macrófagos y estudio funcional de los macrófagos. En suero se realizó análisis de leucocitos totales, estudio diferencial de los mismos y actividad del lisozima. Se hizo valoración estadística de los resultados por el T-test y análisis de correlación.

Resultados

En la sangre periférica de los pacientes con cáncer de pulmón, existe un aumento significativo ($P < 0,01$) del número de neutrófilos y del número de neutrófilos más

monocitos ($P < 0,02$), encontrándose una correlación significativa ($P < 0,01$) entre el número de leucocitos por mm^3 y el porcentaje de neutrófilos. En el BAL de los pacientes neoplásicos existe una disminución significativa del número total de células ($P < 0,02$) y del número absoluto de macrófagos ($P < 0,01$). Habiendo correlación significativa ($P < 0,01$) entre el número total de macrófagos y la cuantía de la actividad lisozima: a mayor número de macrófagos, mayor nivel de actividad lisozima.

Conclusiones

La presencia del tumor se acompaña de un aumento del número de neutrófilos, debido a la producción y liberación de sustancias estimuladoras del sistema fagocítico por el propio tumor. A nivel local (BAL) hemos objetivado una disminución del número total de células y del número absoluto de macrófagos, que suponemos debida a un aumento de su adhesividad al ser activados por el tumor, esto se confirma también por un aumento de la actividad lisozima en los pacientes cancerosos.

Asma ocupacional por inhalación de polvo de enzimas: estudio inmunológico y modelos de respuesta bronquial

T. CARRILLO, E. LOSADA, I. MONEO, M. SANCHEZ CANO, J. DOMINGUEZ y M. HINOJOSA
Servicio de Alergia e Inmunología Clínica. C.E. Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción

Las enzimas son de gran importancia industrial, muchas de ellas son causa de asma ocupacional. Describimos un trabajador con asma ocupacional por sensibilización a diversas enzimas. Se analizan aspectos inmunológicos y fisiopatológicos.

Material y métodos

Mujer de 35 años, trabajadora en industria farmacéutica, con clínica de rinitis-asma bronquial desde hace 4 años (6 después de iniciar su trabajo) que relaciona con su medio laboral.

Tests cutáneos: Realizados con extractos acuosos (10 % p/v) con: papaina, alfa-amilasa, celulasa y lipasa (todos utilizados en su trabajo) también con bromelina y tripsina no utilizadas.

IgE e IgG específicas: Determinadas por REIA y ELISA indirecto frente a los enzimas citados.

Provocación inhalatoria bronquial: con todos los enzimas, mediante turboinhalador con dosis de 0,1 mg a 0,5 mg.

Resultados

Test cutáneos (PRICK) fueron positivos con todos los enzimas citados con lectura inmediata. Con papaina y alfa-amilasa se obtuvo además respuesta tardía (6 h.). Se demostró IgE e IgG específicas frente a todos los enzimas. Estudios de reactividad cruzada (REIA inhibición)