



## Material y métodos

Se estudiaron 11 enfermos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y después de 48 horas sin broncodilatadores se les administró teofilina lenta por vía oral a la dosis de 6 mg/kg de peso. Se realizaron teofilinemias a las 0, 6, 12 y 24 horas de la ingesta del medicamento. Posteriormente un periodo de 48 horas sin medicación y se administró la misma dosis de teofilina con la vacuna antigripal y nuevas teofilinemias a las 0, 6, 12 y 24 horas. Se realiza estudio estadístico de los resultados por medio de la *t* de Student de la diferencia de medias para datos apareados.

## Resultados

Edad media 63,27. El incremento de teofilinemia al administrar la vacuna antigripal fue:

N.º de orden	6 horas	12 horas	24 horas
1	+ 1,7 mcg	+ 3,7 mcg	+ 1,5 mcg
2	- 0,6 mcg	+ 0,4 mcg	+ 1,0 mcg
3	+ 7,4 mcg	+ 11,3 mcg	+ 4,7 mcg
4	+ 0,19 mcg	+ 0,09 mcg	- 0,10 mcg
5	- 3,87 mcg	+ 1,93 mcg	+ 1,23 mcg
6	- 0,10 mcg	+ 0,9 mcg	+ 1,60 mcg
7	- 2,36 mcg	+ 1,04 mcg	+ 1,24 mcg
8	+ 0,10 mcg	- 1,10 mcg	- 0,10 mcg
9	- 0,90 mcg	+ 2,40 mcg	+ 7,64 mcg
10	+ 0,20 mcg	+ 1,60 mcg	+ 2,10 mcg
11	0	+ 2,60 mcg	+ 3,8 mcg

Media = + 0,16	Media = 2,35	Media = 2,23
Standard = 2,8	Standard 3,18	Standard = 2,3
t = 0,18	t = 2,45 (p<0,05)	t = 3,2 (p<0,01)

## Discusión

Se discuten los resultados comparándolos con bibliografía anterior, analizando las posibles causas del retraso de la eliminación.

## Conclusiones

1. La vacuna antigripal retrasa la disminución de las teofilinas, elevando el nivel plasmático en un 44 % a las 12 horas y un 115 % a las 24 horas. Ambos valores con significación estadística.

2. En pacientes con dosis habituales de teofilinas al poner la vacuna antigripal debe omitirse o disminuir dicho tratamiento por lo menos en las primeras 24 horas.

## Asma ocupacional por Voacanga africana

P. DIAZ MATEO, I. MONEO, M. HINOJOSA, M. CUEVAS, E. LOSADA, J. DOMINGUEZ y A. BOOTELLO  
Servicios de Alergia e Inmunología. Centro Ramón y Cajal. Madrid.

## Introducción

Diversos agentes orgánicos causan asma ocupacional. La lista de los mismos está aumentando. Describimos el primer caso de asma ocupacional por sensibilización a se-

millas de Voacanga africana, utilizadas en industria farmacéutica. Mecanismo de hipersensibilidad tipo I, mediado por IgE, fue demostrado.

*Caso descrito:* Mujer 39 años, no atópica. Desde hace 3, angioedema, estornudos y disnea sibilante en relación exposición Voacanga a. Vacaciones asintomática. Estudiada en periodo asintomático, exploración clínica, funcional respiratoria y analítica: normales. IgE total: 150 UI/ml.

## Material y métodos

Tests cutáneo (prick): Se realizaron con extracto acuoso Voacanga africana 10 % P/V y técnica de transferencia pasiva. Batería pólenes, ácaros y hongos, fue testada. Presencia de IgG específica fue descartada por inmunodifusión y ELISA indirecto.

*Determinación de IgE específica:* Método inmunoenzimático reverso, fue empleado (REIA). Conjugación extracto se hizo por método metaperyodato modificado. Fue realizado estudio REIA inhibición para comprobar especificidad.

*Test provocación bronquial:* Test inhalación empleando nebulizador Devilbiss 646, con output de 0,29 ml/min durante 2 minutos, realizado con extracto de Voacanga 10 % P/V. Efecto del pretratamiento cromoglicato disódico fue estudiado. Dos asmáticos, testados como control.

## Resultados

Tests cutáneos con Voacanga africana, positivos respuesta inmediata. No respuesta tardía. Transferencia pasiva, positiva. Alérgenos comunes, negativos. Anticuerpos IgE específicos a Voacanga africana fueron demostrados. Estudio inhibición corroboró especificidad. Provocación bronquial, positiva (descenso FEV<sub>1</sub>, superior 30 %). No respuesta tardía. Pretratamiento con CGDS, marcadamente inhibición respuesta. Controles negativos.

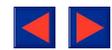
## Conclusiones

Voacanga africana es importante en industria farmacéutica. Asma ocupacional inducido por mecanismo alérgico tipo I, demostrado mediante tests cutáneos, transferencia pasiva, anticuerpos IgE específicos test provocación bronquial. Llamamos la atención gran potencia sensibilizadora de las semillas de Voacanga africana.

## Amiloidosis pulmonar: 3 casos con afectación extensa

F. ARNAL MONREAL, H. VEREA HERNANDO, J. FONTAN BUESO y M.T. YEBRA PIMENTEL  
Servicio de Neumología y Servicio de Anatomía Patológica. C.S. Juan Canalejo. La Coruña.

La presencia de depósitos amiloides extensos en parénquima pulmonar y vías aéreas no es frecuente. En una re-



visión de patología necrótica encontramos 16 casos de amiloidosis, 4 tenían focos aislados de amiloide en vasos del intersticio pulmonar, mientras que en otros 3 los depósitos eran mucho más importantes.

**Caso 1:** Varón de 73 años diagnosticado de carcinoma epidermoide de pulmón con hipercalcemia y metástasis múltiples. En la necropsia se evidenciaron además nódulos amiloides bilaterales de 1-3 cm así como depósitos en otros órganos.

**Caso 2:** Varón de 65 años con colangitis recurrente y secuelas tuberculosas. Falleció de sepsis comprobándose abscesos y litiasis intrahepática. Existía amiloidosis sistémica con depósitos submucosos osificados en tráquea y bronquios, así como nódulos de 2,5-3 cm en pulmón derecho. Ultraestructuralmente se demostró formación incipiente de amiloide en septos alveolares.

**Caso 3:** Varón de 65 años con disnea ruidosa progresiva y esputo purulento y hemoptoico, diagnosticado de amiloidosis traqueobronquial por broncoscopia. Sus síntomas se acentuaron falleciendo bruscamente. En la autopsia se demostró embolismo pulmonar e importantes depósitos traqueobronquiales y bronquiectasias infectadas. El amiloide estaba ausente en parénquima pulmonar y otros órganos.

Estos casos corresponden a formas poco frecuentes de amiloidosis: la forma modular parenquimatosa suele ser asintomática y la traqueobronquial cursa con síndrome obstructivo. Se destaca la asociación con un carcinoma y un proceso supurativo crónico en los dos primeros pacientes, así como la tórpida evolución del tercero.

### Selección de pacientes para realizar la oxigenoterapia domiciliar con concentrador de oxígeno

R. ESTOPA, J. ESCARRABILL, J. DORCA y M.J. CARDONA  
Servicio de Neumología. Hospital de Bellvitge Prínceps d'Espanya.  
L'Hospitalet. Barcelona.

El concentrador o extractor de oxígeno es una nueva alternativa al suministro clásico de O<sub>2</sub> para los enfermos que necesitan oxigenoterapia continua a largo plazo.

Para analizar los problemas relacionados con su introducción hemos instalado un concentrador de oxígeno en el domicilio de 14 enfermos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada y que cumplían criterios para recibir oxigenoterapia continua.

Los pacientes han sido visitados cada mes por un médico y un técnico para controlar el estado clínico y el funcionamiento del aparato. Al final del tercer mes se ha practicado una gasometría arterial en el domicilio del paciente, mientras recibía oxígeno a través del concentrador.

Siete pacientes han usado el concentrador como única fuente de oxígeno. Cuatro han rechazado el concentrador y tres lo han usado parcialmente.

De los siete pacientes que han recibido oxígeno únicamente a través del concentrador, cuatro no habían recibido nunca oxígeno, o lo recibían desde hacía poco tiempo (2). Todos tenían una relación estrecha con el Servicio y seis de ellos vivían en casas unifamiliares o pisos grandes.

Los cuatro enfermos que han rechazado el concentrador han alegado que hacía demasiado ruido. Todos

recibían oxígeno desde hacía tiempo y vivían en pisos pequeños. Los enfermos que usan parcialmente el concentrador no lo usan por la noche a causa del ruido.

La PaO<sub>2</sub> basal era  $\bar{x} = 47,64 \pm 5,79$ . En los 9 enfermos a los que se practicó gasometría de control al tercer mes la PaO<sub>2</sub> de control era  $\bar{x} = 62,67 \pm 5,18$ . En ningún caso ha habido variaciones significativas de la PaCO<sub>2</sub>.

Los aparatos no han presentado defectos de funcionamiento. El concentrador es un buen aparato para suministrar oxígeno. Los enfermos que pueden aceptarlo más fácilmente son los que inician la oxigenoterapia con el concentrador, que habitan en viviendas espaciales y con buena predisposición hacia este tipo de tratamiento.

### Valoración de las pruebas cutáneas, IgE total y específica en el diagnóstico de la alergia respiratoria

M. VILA, F. DUCE, S. BELLO, M.A. DE GREGORIO y E. MORENO  
Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Antes del descubrimiento de la IgE y de las técnicas necesarias para medir en suero la IgE total y específica, los pacientes eran valorados por la historia clínica y las pruebas cutáneas. El motivo de este estudio es correlacionar las distintas técnicas y si son rentables el estudio de la IgE total y específica en el estudio habitual del paciente afecto de alergia respiratoria. Se estudian 500 enfermos adultos afectados de asma bronquial y/o rinitis, realizándoles a todos ellos: historia clínica, pruebas cutáneas mediante prick o intradermorreacción, IgE total mediante PRIST e IgE específica mediante RAST. Dado que la mayor frecuencia de sensibilizaciones la producen los pólenes de gramíneas y los ácaros, se realiza este estudio con el polen de gramínea: *Lolium perenne* y con el ácaro: *Dermatofagoides pteronyssinus*. Se correlacionan las pruebas cutáneas con la IgE total y específica, así como la IgE total con la específica.

### Resultados

Buena correlación entre las pruebas cutáneas y la IgE específica, mejor para lolium (r: 0,86) que para dermatofagoides (r: 0,63), sin embargo, cuando el test cutáneo utilizado fue el prick las correlaciones fueron mejores y los resultados fueron similares para los dos alérgenos utilizados. Mala correlación entre la IgE total y específica, tanto para lolium (r: 0,37) como para dermatofagoides (r: 0,28). También hubo mala correlación entre pruebas cutáneas e IgE total (r: 0,34 y 0,25 respectivamente).

### Conclusiones

1. Buena correlación entre pruebas cutáneas e IgE específica, aunque mejor para gramíneas.
2. Mejor correlación y rentabilidad cuando utilizamos como prueba cutánea el prick.
3. Las pruebas cutáneas fueron más sensibles que el RAST en el diagnóstico de la atopía.
4. No encontramos buena correlación entre la IgE total y específica, probablemente por la diferente codificación genética, y en nuestro estudio quizá también pueda