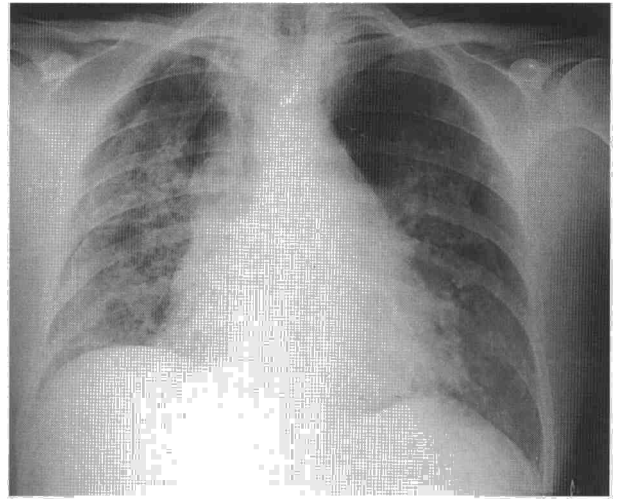


curve: usefulness of a simplified log-logistic model in epidemiological studies. *Bull Eur Physiopathol Respir* 1987; 23: 383-386.

4. Pellicer C, Perpiñá M, Jorquera JI, Marco V. Are postjunctional changes responsible for the observed changes in the methacholine dose-response curve in asthmatics? *Am Rev Respir Dis* 1986; 133 (Supl 1): 375.
5. Malo JL, Cartier A, Pineau L, Gagnon G, Martín RR. Slope of dose-response curve to inhaled histamine and methacoline and PC20 in subjects with symptoms of airway hyperexcitability and normal subjects. *Am Rev Respir Dis* 1985; 132: 644-647.
6. Estudio Europeo de Asma. Prevalencia de hiperreactividad bronquial y asma en adultos jóvenes de cinco áreas españolas. Grupo español del Estudio Europeo del Asma. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 761-767.



**Fig. 1. Neumotórax bilateral e infiltrado parenquimatoso difuso, con una base reticulonodular confluyente.**

### Neumotórax bilateral espontáneo y fibrosis pulmonar idiopática

**Sr Director:** El neumotórax bilateral espontáneo simultáneo (NBES) es una entidad poco frecuente, representando alrededor del 2% de los neumotórax espontáneos<sup>1,2</sup> y en la mayoría de los casos se encuentra asociado a enfermedad pulmonar subyacente. El neumotórax espontáneo es una de las posibles complicaciones de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI), pero no se ha publicado previamente ningún caso de afectación bilateral simultánea.

Mujer de 52 años, no fumadora, sin ningún antecedente médicoquirúrgico de interés. Quince meses antes del ingreso había comenzado con disnea de grandes esfuerzos que no limitaba su actividad diaria. En las últimas 5 semanas se había producido un empeoramiento de su disnea hasta hacerse de reposo, con tos seca y dolor torácico bilateral inespecífico. En la exploración física la paciente estaba afebril, taquipneica, sudorosa, con cianosis labial y acra, y presión venosa yugular ligeramente elevada. Se auscultaba disminución del murmullo vesicular y crepitantes en los dos tercios inferiores de ambos hemitórax. El resto de la exploración era anodina, excepto la presencia de acropaquias. En la analítica destacaba una fórmula leucocitaria con ligera desviación izquierda, Hb 11 g/dl, Hto. 32%, glucosa 198 mg/dl, NUS 39 mg/dl, creatinina 1,8 mg/dl y LDH 271 U/l. La batería de autoanticuerpos fue negativa y la enzima conversiva de angiotensina normal. La gasometría arterial basal presentaba pO<sub>2</sub>, 46 mmHg, pCO<sub>2</sub>, 36 mmHg y pH 7,35. La radiografía de tórax demostró un neumotórax bilateral e infiltrado parenquimatoso bilateral y difuso que no respetaba lóbulos, con una base reticulonodular confluyente y probables quistes. El volumen pulmonar estaba aparentemente disminuido. No se observaba derrame pleural ni adenopatías mediastínicas (fig. 1). Se colocó tubo de drenaje izquierdo consiguiéndose reexpansión de ese pulmón con mejoría clínica y gasométrica. Tres días después del ingreso una TAC torácica puso de manifiesto la práctica resolución del neuro-

tórax en ambos hemitórax, lesiones quísticas de pared fina que confluían en campos medios e inferiores con cierto patrón de panalización, y algún área de patrón en vidrio deslustrado en campos medios. En las bases se apreciaban nódulos de pequeño tamaño y mínimo derrame pleural izquierdo. El cuarto día de ingreso se realizó biopsia pulmonar diagnóstica mediante toracotomía derecha. El diagnóstico anatomopatológico fue de neumonía intersticial usual.

El NBES es una entidad rara. De una incidencia estimada para el neumotórax espontáneo en 9 por cada 100.000 habitantes, se han publicado prevalencias de NBES entre 1,3 y 4%.<sup>1,2</sup> Una revisión de los autores suizos Graf-Deuel y Knoblauch sumó 12 casos propios de NBES, recogidos a lo largo de 20 años, a los 44 publicados previamente. En un 34% de esos 56 casos no existía enfermedad de base y en otro 34% ésta correspondía a enfermedades con proliferación de células mesenquimales: sarcoidosis, linfangoileiomatosis, histiocitosis X, linfoma y sarcoma. Otros diagnósticos fueron infecciones, incluyendo tuberculosis, síndrome de Marfan, fibrosis quística, endometriosis y 3 pacientes con otros tumores (carcinoma de ovario, carcinoma de cérvix y mesotelioma). Se han descrito pacientes asintomáticos y otros, como nuestra paciente, se presentan con severa afectación clínica. Los síntomas más frecuentes son disnea y dolor torácico. Aunque el NBES es potencialmente letal, tiene un buen pronóstico a corto plazo: en la serie suiza, de los 12 pacientes no hubo muertes que se pudieran atribuir al NBES. La mortalidad está más relacionada con la patología subyacente. En nuestra paciente, las imágenes de la TAC planteaban el diagnóstico diferencial con la histiocitosis X y la linfangoileiomatosis. La ausencia de hábito tabáquico y la afectación de senos costofrénicos hace poco probable el diagnóstico de histiocitosis X y la pérdida de volumen pulmonar radiológico va en contra de la linfangoileiomatosis. Por último, la presencia de acropaquias es más frecuente en la FPI.

El neumotórax espontáneo es una de las posibles complicaciones de la FPI. En la única serie donde se estudió la prevalencia de

neumotórax en pacientes con fibrosis pulmonar, de las 46 consideradas como idiopáticas un 6,5% presentaron neumotórax espontáneo, en ningún caso bilateral<sup>3</sup>. Hay varias teorías sobre los mecanismos productores de NBES<sup>4</sup>. En nuestro caso el mecanismo más probable dado el patrón radiológico es la rotura bilateral de quistes de localización subpleural.

Con el tratamiento conservador la evolución inmediata de los NBES de gran tamaño es desfavorable<sup>1,6</sup>. Parece razonable la indicación de un tratamiento definitivo, como la pleurectomía, en al menos uno de los lados, especialmente en pacientes con enfermedad de base<sup>1,3</sup>. Existen otros métodos alternativos sobre los que hay menos consenso, como la pleurectomía apical con toracoscopía y la pleurodesis toracoscópica con talco. El tratamiento debe ser individualizado, basándose fundamentalmente en la situación clínica del paciente y en el tamaño del neumotórax.

**M.J. Mena, R. Melchor y M.J. Rodríguez-Nieto**

Servicio de Neumología. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid.

1. Graf-Deuel E., Knoblauch A. Simultaneous bilateral spontaneous pneumothorax. *Chest* 1994; 105: 1.142-1.146.
2. Melton IJ, Hepper NGG, Offord KP. Incidence of spontaneous pneumothorax in Olmsted County, Minnesota: 1950-1974. *Am Rev Respir Dis* 1979; 120: 1.379-1.382.
3. Picado C, Gómez de Almeida R, Xaubet A, Montserrat J. Spontaneous pneumothorax in cryptogenic fibrosing alveolitis. *Respiration* 1985; 48: 77-80.
4. Macklin MT, Macklin CC. Malignant interstitial emphysema of lungs and mediastinum as important occult complication in many respiratory disease and other conditions: interpretation of clinical literature in light of laboratory experiment. *Medicine* 1994; 23: 281-358.
5. Wait MA, Dal Nogare AR. Treatment of AIDS-related spontaneous pneumothorax. *Chest* 1994; 106: 693-696.