

pleural y/o pericárdico^{4,5}. La importancia de identificar la causa del derrame en pacientes con PMR es su espectacular respuesta a la corticoterapia.

Bibliografía

1. Sánchez Ruíz-Granados E, del Castillo Madrigal M, Romero Jiménez MJ. Presentación de un caso de derrame pleurocárdico en un paciente diagnosticado de polimialgia reumática. *Reumatol Clin*. 2013;9:376-8.
2. Calvo E, Becerra E, López-Longo FJ, Cabrera FJ, Carreño L, Paravisini A, et al. Pericardial tamponade in a patient with polymyalgia rheumatica. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2009;27 Suppl. 52:S83-5.
3. Malone CB, McCarthy GM. Polymyalgia rheumatica as an unusual case of pleural and pericardial effusion. *J Clin Rheumatol*. 2005;11:59-60.
4. Bablekos GD, Michaelides SA, Karachalios GN, Nicolau IN, Batistatou AK, Charalabopoulos KA. Pericardial involvement as an atypical manifestation of giant cell arteritis: report of a clinical case and literature review. *Am J Med Sci*. 2006;332:198-204.
5. Valstar MH, Terpstra WF, De Jong RS. Pericardial and pleural effusion in giant cell arteritis. *Am J Med*. 2003;114:708-9.

Irene Jarana Aparicio^{a,b}, Fernando Pedraza Serrano^{a,b}
y Javier de Miguel Díez^{a,b,*}

^a Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier.miguel@salud.madrid.org
(J. de Miguel Díez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.02.010>

Derrame pleural leucémico: aproximación diagnóstica y controversias en pleurodesis



Leukemic Pleural Effusion: Diagnostic Approach and Controversies in Pleurodesis

Sr. Director:

Las causas más frecuentes de derrame pleural en pacientes con leucemia aguda mieloide son las infecciones (bacterianas o virales), otros procesos neoplásicos, la quimioterapia y las derivadas del proceso neoplásico. La supervivencia está determinada por la respuesta al tratamiento de la patología hematológica¹.

El diagnóstico de malignidad en líquido pleural, cuando se realiza por un estudio microscópico citomorfológico, precisa un mínimo de 60 mililitros de muestra².

En casos de derrame pleural refractario al tratamiento de la enfermedad de base es necesaria la realización de una pleurodesis para el control de los síntomas respiratorios.

Presentamos el caso de un paciente de 76 años diagnosticado de leucemia aguda mieloide hacía 2 meses por inmunofenotipo compatible en médula ósea, con estudio citogenético normal (46,XY[15]), tratado con 3 ciclos de 5-azacitidina.

Ingresó por disnea, fiebre de 38 °C y taquicardia(120 lpm). Presentaba leucocitosis(45 × 10⁹/L), anemia(hemoglobina 88 g/L), trombocitosis(719 × 10⁹/L) y niveles séricos de lactato deshidrogenasa(LDH) de 1663 IU/L (normal:125-220 IU/L). La radiografía y la TC torácica mostraban un derrame pleural izquierdo importante.

Mediante toracocentesis se obtuvieron 90 mililitros de líquido pleural que contenía 1.200 linfocitos/μL(normal:<200/μL),glucosa 52 mg/dL(normal:70-110 mg/dL), LDH 1.724 IU/L(normal:125-220 IU/L) y un pH de 7,38. Los cultivos microbiológicos fueron negativos. Se realizó citocentrifugación y tinción May-Grünwald/Giemsa del líquido pleural para examen microscópico (fig. 1). El inmunofenotipado por citometría de flujo (CD34, CD33, CD13 y CD117, pero no CD14 ni CD15) confirmaba la presencia de células mieloblásticas en líquido pleural. El estudio citogenético con técnicas de bandas G resultó normal, coincidiendo con el fenotipo celular de su leucemia mieloide aguda.

Se estableció el diagnóstico de derrame pleural leucémico realizándose un drenaje pleural con escasa respuesta. Una semana más tarde, precisó pleurodesis con bleomicina para controlar la disnea derivada del empeoramiento del derrame pleural. El cuadro

respiratorio empeoró de manera progresiva hasta el fallecimiento del paciente a los 15 días.

En caso de derrame pleural leucémico, se debe comprobar la línea clonal celular mediante un análisis de hibridación *in situ* por fluorescencia (FISH)³.

En la selección rutinaria de estos pacientes para indicación de pleurodesis no existe una clara correlación entre el valor de pH del líquido pleural y la supervivencia, siendo el estado clínico el mejor predictor de supervivencia pospleurodesis.

En pacientes sin pleurodesis previas no se han encontrado diferencias significativas entre el drenaje pleural permanente con catéter y la pleurodesis con talco en la mejora del control de la disnea⁴.

Tanto la bleomicina como el talco han demostrado ser buenos agentes esclerosantes, con eficacia similar en pleurodesis para el control de derrames pleurales malignos sintomáticos. Aunque en nuestro paciente se usó la bleomicina, es importante tener en cuenta que el talco es más económico y podría tener una tasa de éxito superior en la reducción de la recidiva del derrame pleural maligno, frente tanto a la bleomicina como a otros agentes esclerosantes, pese a que esa diferencia no se ha demostrado estadísticamente significativa⁵.

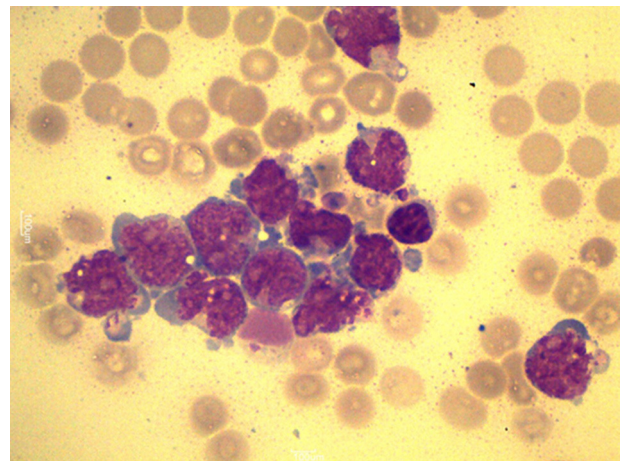


Figura 1. Examen microscópico de líquido pleural, donde se observan células con una cromatina laxa e inmadura, una relación núcleo-citoplasma elevada y nucléolos visibles, siendo compatibles con blastos mieloides (tinción May-Grünwald/Giemsa, 1000×).

Se han documentado muchos agentes esclerosantes para realización de pleurodesis (povidona yodada, doxiciclina, nitrato de plata, interferón alfa-2b, etc.) demostrando buenos resultados, pero la disparidad en el diseño de dichos estudios dificulta su comparación. Son necesarios futuros estudios que ayuden a consensuar el mejor método de pleurodesis en estos pacientes.

Bibliografía

1. Faiz SA, Bashoura L, Lei X, Sampat KR, Brown TC, Eapen GA, et al. Pleural effusions in patients with acute leukemia and myelodysplastic syndrome. *Leuk Lymphoma*. 2013;54:329-35.
2. Swiderek J, Morcos S, Donthireddy V, Surapaneni R, Jackson-Thompson V, Schultz L, et al. Prospective study to determine the volume of pleural fluid required to diagnose malignancy. *Chest*. 2010;137:68-73.
3. Ou MC, Hwang WL, Teng CL. Leukaemic pleural effusion in acute myeloid leukaemia. *Br J Haematol*. 2011;154:669.
4. Davies HE, Mishra EK, Kahan BC, Wrightson JM, Stanton AE, Guhan A, et al. Effect of an indwelling pleural catheter vs chest tube and talc pleurodesis for relieving dyspnea in patients with malignant pleural effusion: the TIME2 randomized controlled trial. *JAMA*. 2012;307:2383-9.

5. Tan C, Sedrakyan A, Browne J, Swift S, Treasure T. The evidence on the effectiveness of management for malignant pleural effusion: a systematic review. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2006;29:829-38.

Daniel Morell-García^{a,*}, Josep Miquel Bauça^a
y Bernardo López Andrade^b

^a Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

^b Servicio de Hematología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: dr.morell.uab@gmail.com,
daniel.morell@ssib.es (D. Morell-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.02.011>

¿Debe penalizarse la autocitación de artículos?



Should Self-Citation of Articles Be Penalized?

Sr. Director:

De Granda-Orive et al.¹ han publicado recientemente sus opiniones sobre las autocitas en las revistas médicas y abogan por la conveniencia de seguir penalizándolas o excluirlas de los cálculos de los índices bibliométricos. Según sus argumentos se trata, fundamentalmente, de evitar los intentos de manipulación de estos índices por los editores. Creemos que es necesario hacer alguna reflexión sobre el empleo legítimo de autocitas que afecta en especial a revistas como ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA. Los grupos que pretenden no publicar en inglés tienen que recurrir a un muy limitado número de revistas en otras lenguas que tengan cierta visibilidad internacional. Este es el caso para las publicaciones en español en el área del sistema respiratorio: en la base de datos de la Web of Science, que da lugar al factor de impacto, hay 50 revistas de sistema respiratorio y solo una en español (consultado a través de <http://www.accesowok.fecyt.es/>) y en la base de Scopus, de donde se calcula el SCImago Journal Rank (SJR) (consultado a través de <http://www.scimagojr.com/>), hay 98 revistas, únicamente 3 en lengua española. Del mismo modo, los trabajos de investigación en áreas donde existen pocos grupos especializados, aunque puedan ser de gran trascendencia científica, necesariamente tienden a publicarse en un reducido número de revistas, lo que favorece la autocitación. De este modo, al limitarse las autocitas de una revista, se aumenta la diferencia entre las revistas generalistas y en inglés, que reciben más citas de diversas fuentes, y las más especializadas o en lenguas minoritarias, reflejando más una diferencia en el interés del campo o el conocimiento de la lengua de la revista que de la calidad de la misma².

A nuestro juicio, una excelente respuesta a este problema es la que ofrece el cálculo del SJR. Este índice, que hemos analizado recientemente para su empleo en las revistas del sistema respiratorio³, tiene algunas características que lo hacen especialmente útil. En primer lugar, limita el número de autocitas que

incluye en su cálculo, así se evita un posible efecto excesivo de manipulación. En segundo lugar, y quizá más importante, el SJR se aplica adjudicando a las citas un valor ponderado en función de la influencia de la revista citadora. De este modo, las autocitas en una revista no aumentan su propia influencia y tienen un valor escaso en el peso de esa revista. Otra alternativa es evaluar las revistas incluyendo otros parámetros, como el índice *h*. Este índice, inicialmente ideado para evaluar la actividad de los investigadores, se puede aplicar también a las revistas científicas⁴ y su manipulación por autocitas es difícil a partir de valores de índice *h* relativamente elevados⁵.

En conclusión, las autocitas pueden indicar una lícita concentración de autores en determinadas revistas por los motivos señalados de especialización o lengua. Esta misma carta contiene autocitas de revista y de autores que, a nuestro entender, son inevitables.

Bibliografía

1. De Granda-Orive JI, Alonso-Arroyo A, Aleixandre-Benavent R. Autocitación: ¿debemos penalizarla. *Arch Bronconeumol*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.10.008>
2. Sielbelt M, Sielbelt T, Pilot P, Bloem RM, Bhandari M, Poolman RW. Citation analysis of orthopaedic literature; 18 major orthopaedic journals compared for Impact Factor and SCImago. *BMC Musculoskelet Dis*. 2010;11:4.
3. García-Pachón E, Arencibia-Jorge R. Comparación del factor de impacto y el índice SCImago Journal Rank en las revistas del sistema respiratorio. *Arch Bronconeumol*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.10.006>
4. García-Pachón E, Padilla-Navas I. El factor de impacto y el índice *h* en las revistas biomédicas españolas. *Med Clin (Barc)*. 2014;142:226-7.
5. Bartneck C, Kokkelmans S. Detecting *h*-index manipulation through self-citation analysis. *Scientometrics*. 2011;87:85-98.

Eduardo García-Pachón*
e Isabel Padilla-Navas

Sección de Neumología, Hospital General Universitario, Elche, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: egpachon@gmail.com (E. García-Pachón).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.02.012>