



BIBLIOGRAFIA

1. Storey DD, Dines DE, Coles DT. Pleural effusion. A diagnostic dilemma. JAMA 1976; 236:2.183-2.186.
2. Sochocky S. Pleural effusion: a review of 632 cases. Br J Clin Pract 1966; 20:619-627.
3. Conde R, Ledesma F, Prieto S et al. Derrame pleural. Estudio de una serie de 226 pacientes. Rev Clin Esp 1984; 174:217-222.
4. Del Campo F, Prieto JM, Gamazo F. Afectación pleuropulmonar en los linfomas no-Hodgkin. Enferm Torax 1985; 34:193-197.
5. Freeman C, Berg JW, Cutlet SJ. Occurrence and prognosis of extranodal lymphomas. Cancer 1972; 29:252-260.
6. Herrmann R, Pahanon AM, Barcos MP, Vals HD, Stutzman L. Gastrointestinal involvement in non-Hodgkin's lymphoma. Cancer 1980; 46:215-222.
7. Filly R, Blank N, Castellino RA. Radiographic distribution of intrathoracic disease in previously untreated patients with Hodgkin's lymphoma. Radiology 1976; 120:277-281.
8. Jenkins PF, Ward MJ, Davies P, Fletcher J. Non-Hodgkin's lymphoma, chronic lymphatic leukemia and the lung. Br J Dis Chest 1981; 75:22-30.
9. Weick JK, Kiely JM, Harrison EG, Carr DT, Scanlon PW. Pleural effusion in lymphoma. Cancer 1973; 31:848-853.
10. Megibow AJ, Balthazar EJ, Naidich DP, Bosniack MA. Computed tomography of gastrointestinal lymphoma. AJR 1983; 141:541-547.

Neumotórax y acupuntura

Sr. Director: Queremos llamar la atención de un caso visto recientemente en nuestro hospital, que pone de manifiesto las consecuencias de la utilización de la acupuntura por personal no cualificado, carente de conocimientos anatómicos y de unas mínimas condiciones de asepsia.

Paciente varón de 32 años de edad, sin antecedentes personales de interés. En tratamiento con acupuntura por dolor en codo derecho de características mecánicas. En la segunda sesión, tras insertar al acupuntor agujas en los acupuntos situados en plano anterior de hemitórax derecho, comenzó con dolor torácico de tipo pleurítico y disnea progresiva que le hizo acudir al Servicio de Urgencias de nuestro hospital. Es diagnosticado de neumotórax derecho con colapso pulmonar de más del 50 %. El paciente hubo de ser ingresado para el drenaje del neumotórax, siendo alta a los pocos días astintomático. Posteriormente, el paciente ha sido revisado sin presentar recidiva del neumotórax.

La acupuntura es una técnica que goza de una creciente popularidad en nuestro medio. Ésta, en parte está basada en la creencia popular de ser un proceder terapéutico exento de riesgos. Sin embargo, hay publicadas numerosas complicaciones en relación con dicha técnica, tales como: taponamiento cardíaco¹, neumotórax traumático^{2,3}, función de vísceras abdominales⁴, lesiones en la médula espinal⁵, hepatitis⁶ y un largo etcétera⁷.

El presente caso ilustra una asociación potencialmente frecuente habida cuenta del progresivo uso de la acupuntura y del gran número de acupuntos situados en la región torácica.

**J. Santos González, A. Rivero Román,
J.C. Gavilán Carrasco y C. Sánchez Lafuente**
Departamento de Medicina Interna.
Hospital Civil Provincial. Málaga.

BIBLIOGRAFIA

1. Schiff AF. A fatality due to acupuncture. Med Times 1965; 93:630-631.

2. Bodner G, Topilsky M, Greif J. Pneumothorax as complication of acupuncture in the treatment of bronchial asthma. Ann Allergy 1983; 51:401-403.
3. Valenta LJ, Hengesg JW. Pneumothorax caused by acupuncture. Lancet 1980; 2:322.
4. Keller WJ, Parker SG, Garvin JP. Possible renal complications of acupuncture. JAMA 1972; 222:1.559.
5. Shiraishi S, Goto I, Kuroiwa Y, Hishio S, Knoshita K. Spinal cord injury as a complication of an acupuncture. Neurology (Mineap) 1979; 29: 1.188-1.190.
6. Hussain KK. Serum hepatitis associated with repeated acupuncture. Br Med J 1983; 387:689.
7. Carron H, Epstein BS, Grand B. Complications of acupuncture. JAMA 1974; 228:1.552-1.554.

Neuropatía periférica y neumopatía por difenilhidantoína

Sr. Director: Desde que se introdujo la difenilhidantoína (DFH) como terapéutica anticonvulsiva, hace medio siglo, se han descrito múltiples efectos adversos, fundamentalmente hipertrofia gingival, reacciones cutáneas y discrasias sanguíneas. Sin embargo, la DFH puede tener otros efectos indeseables, como los sufridos por la paciente que vamos a describir.

Se trata de una mujer de 50 años, cuando es traída por primera vez al hospital, en 1975, por un status epiléptico. El debut de su enfermedad fue a los 15 años, sufriendo desde entonces crisis comiciales variables entre ausencias y movimientos tónico-clónicos generalizados. Durante los 35 años de enfermedad había seguido tratamiento de forma discontinua con DFH sódica (300 mg/día) y con un compuesto de DFH (300 mg/día) y ácido feniletilbarbitúrico (150 mg/día).

A partir de su alta, comienza tratamiento continuo con un compuesto de DFH (50 mg por comprimido) y ácido feniletilbarbitúrico (50 mg por comprimido) en dosis variables de 3-4 comprimidos diarios.

Aparte de sus crisis comiciales, la paciente no refiere otra sintomatología en los sucesivos controles, siendo la exploración física anodina en todos ellos. A partir de 1982, se pudieron monitorizar los niveles plasmáticos de DFH, oscilando entre 10 µg/ml y 17 µg/ml.

En 1986 acude por episodios sincopales manifestando, además, hormigueos en zona distal de ambos pies e inestabilidad en la marcha durante los dos meses previos. En la exploración física se confirmó una hipotensión ortostática, destacando las alteraciones detectadas en miembros inferiores: reflejos osteotendinosos hipoactivos, de forma simétrica, hipoalgesia distal a partir del tercio inferior de ambas piernas, sensibilidad vibratoria abolida en crestas tibiales, malleolos y dedos, posicional abolida en dedo gordo izquierdo y muy disminuida en el derecho. El resto de la exploración por órganos y aparatos fue normal.

En la RX de tórax se distinguía un patrón intersticial, fundamentalmente en las bases, que no existía en un control previo, cinco años antes.

El electroneurograma demostró una disminución de la velocidad de conducción y aumento de latencia a nivel de ciático poplíteo externo, tibial posterior y sural.

Sospechándose una polineuropatía tóxica se suspendió la medicación, pero a las 24 horas de su ingreso sufre un cuadro de intenso dolor toraco-abdominal, entrando en situación de shock y fracaso multisistémico que provoca su muerte 24 horas más tarde.

En el estudio necrópsico pueden comprobarse una necrosis intestinal extensa por trombosis de la arteria mesentérica superior. En los nervios periféricos de extremidades inferiores se apreció una desmielinización segmentaria. Los pulmones,