



Prognostic significance of lymphopenia in Sarcoidosis

O. Seroos y E. Koirinen
Acta med. Scand., 206: 259, 1979.

Entre 1959 y 1967 se diagnosticaron 140 enfermos de sarcoidosis, 22 de ellos desarrollaron sarcoidosis crónica. En 134 (20 de ellos en curso crónico posterior) se conocían los recuentos de granulocitos, monocitos y linfocitos.

Los enfermos con eritema nodoso tenían mayor número de monocitos. Sólo se observó linfopenia por debajo de 1.000 elementos en un 7,5 % de enfermos y por debajo de 1.500 especialmente en las formas crónicas.

Una disminución significativa de linfocitos se observa en sujetos mayores de 40 años cuando el diagnóstico, en enfermos con PPD negativo a 10 UT y en los que la enfermedad requirió tratamiento con esteroides.

Se halló correlación entre linfopenia inicial y un pronóstico menos favorable. El 85 % de enfermos tenían buen pronóstico.

Los enfermos de sarcoidosis con linfopenia inicial deben controlarse especialmente. La presencia de eritema nodoso no siempre garantiza un buen pronóstico de la enfermedad.

What becomes of pulmonary infarcts

P. J. McGoldrick, T. G. Rudd, M. M. Figgley y J.P. Wilhelm
Amer. J. Roentgenol., 133: 1039, 1979.

En 32 enfermos se controlaron durante 3 meses o más, 58 infartos pulmonares comprobados angiológicamente. En 29 (50 %) se observó un aclaramiento completo de la imagen de infarto en la radiografía de tórax. En los otros 29, quedaron residuos: 14 líneas cicatriciales, en 9 adhesiones pleurodiafragmáticas y en 6, engrosamientos pleurales localizados. En todos ellos estas imágenes eran mucho menores que la anomalía original.

En 44 infartos se pudieron obtener imágenes de perfusión junto a las radiografías de tórax. Siete de ellos mostraron resolución completa y en los otros 37 se objetivó una lesión residual menor que la original. Ninguno de los pacientes tenía enfermedad pulmonar previa.

Fever and pulmonary thromboembolism

H.W. Murray, G. C. Ellis, D. S. Blumenthal y T. A. Sos
Amer. J. Med., 67: 232, 1979

El aspecto de la curva febril en el tromboembolismo pulmonar (TEP) no está bien caracterizada. Veinticuatro enfermos de 35 con TEP comprobado angiográficamente presentaron fiebre. La temperatura superior a 39° puede ocurrir en el TEP en fases precoces y puede persistir febrícula una o más semanas.

La fiebre que persiste más de 6 días, y es superior a 38,5° no debe atribuirse al TEP antes de descartar otras posibilidades.

La presencia de fiebre en un enfermo con datos clínicos, semiológicos y biológicos compatibles con TEP no debe hacer dudar del diagnóstico ni retrasar la terapéutica.

Aspect clinique et fréquence actuelle des cancers bronchiques épidermoïdes bilatéraux a révelation simultanée

B. Milleron, F. Blanchon, L. Callot, C. Choffel, G. Akoun y H. Brocard
Sem. Hop. Paris, 55: 1679, 1979.

Esta forma clínica no es rara, es generalmente diagnosticada por endoscopia bilateral sistemática. En estos 13 casos, el aspecto radiológico y la clínica no permitían sospechar el diagnóstico antes de la endoscopia.

Varias hipótesis fisiopatológicas intentan explicar esta forma de presentación: diseminación broncogena, metástasis vía linfá-

tica o hematogena o crecimiento tumoral bilateral simultáneo o propagación bajo superficie mucosa e incluso factores genéticos.

Familial spontaneous pneumothorax

W. G. Wilson y A. S. Aylsworth
Pediatrics, 8: 104, 1979.

Se describe una familia en la cual cuatro miembros en tres generaciones presentan neumotórax espontáneo: un recién nacido, un lactante, un adolescente y un adulto. La revisión de la literatura sobre el tema aporta 61 casos en 22 familias. La relación varones/hembras es de 1,8.

Se ha considerado una herencia dominante autosómica aunque los datos disponibles de los árboles genealógicos no son adecuados para el estudio estadístico.

Siderurgia y función respiratoria

J. M. Mur, P. Merear, C. Cavalier, Q. T. Pham y P. Castet
Arch. Mal. profesion., 5: 587, 1979.

Se hizo un estudio epidemiológico en una fundición de hierro de Lorena. 57 trabajadores (media de 20 años de trabajo) se comparan a un grupo de 32 trabajadores de referencia (moldeadores) en la misma empresa, pero libres de polución profesional y atmosférica.

Los síntomas de bronquitis crónica se obtuvieron mediante el cuestionario de la CECA y las pruebas respiratorias se determinan mediante espirografía antes y después de acetilcolina y transferencia por CO.

No se encontró una diferencia significativa entre los dos grupos por lo que a bronquitis crónica se refiere o a anomalías funcionales, sin embargo, la prevalencia de anomalías funcionales globales en más del 50 % de los obreros hace sospechar el efecto de un factor más general: clima, polución atmosférica.