



## 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 revelation 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.