

Asociación Canaria de
Neumología y Cirugía Torácica

REVISTA NEUMOCAN

Revista Canaria de Neumología y Cirugía Torácica

Diciembre 2020. Volumen 31

Destacamos en esta edición,

ORIGINAL

Efectos En La Función Pulmonar Post Simpatectomía Dorsal Bilateral En El Tratamiento De La Hiperhidrosis Esencial.

Mesa León, N. 1 ;
González Hernández, S. 2 ;
Ortega Vera, J.E. 3 ; De Cabanyes Candela, S. 3 ;
Hernández Rodríguez, H. 3 ; Mañes Bonet, N. 3

Página 3





Sociedad Canaria de Neumología y Cirugía Torácica

Junta directiva Neumocan

Presidencia:

José Manuel Valencia Gallardo
(Hospital Universitario Dr. Negrín)

Vicepresidencia:

Nuria Mañes Bonet
(Hospital Universitario de Canarias)

Secretaría:

Agar Santana León
(Hospital Universitario Dr. Negrín)

Tesorería:

Alejandro Sánchez Acosta
(Hospital Universitario Insular de Gran
Canaria)

Vocales:

Ruth Pitti Pérez
(Hospital Universitario Nuestra Señora
Candelaria)
Rita Gil Lorenzo
(Hospital Universitario Dr. Negrín)
Guillermo Pérez Mendoza
(Hospital Universitario Dr. Negrín)
Hemily Katerine Izaguirre Flores
(Hospital Universitario de Canarias)
Carlos Cabrera López
(Hospital Universitario Dr. Negrín)

Vocales enfermería y fisioterapia:

Daniel López Fernández
(Hospital Universitario Dr. Negrín)

Revista Canaria de Neumología y Cirugía Torácica

Editor Jefe:

Aurelio L. Wangüemert Pérez
(Hospital San Juan de Dios
Tenerife)

Comité Editorial:

Alicia Pérez Rodríguez
(Hospital Universitario Nuestra Señora
Candelaria)
Jordi Freixinet Gilart
(Hospital Universitario Dr. Negrín)
Lorenzo Pérez Negrín
(Hospital Universitario Nuestra Señora
Candelaria)
Orlando Acosta Fernández
(Hospital Universitario de Canarias)
Alejandro Sánchez Acosta
(Hospital Universitario Insular de Gran
Canaria)
David Díaz Pérez
(Hospital Universitario Nuestra Señora
Candelaria)

Comité asesor:

Esther Barreiro Portela (Barcelona)
Felipe Villar Álvarez (Madrid)
Aurelio Arnedillo Muñoz (Cádiz)
Raúl Godoy Mayoral (Albacete)

Edita:

NEUMOCAN. ISSN: 1886-9483

Horacio Nelson 17, 38006 - S/C de Tenerife

revistaneumocan@neumocan.com
correo@neumocan.com



SUMARIO

ORIGINAL

Efectos en la función pulmonar post simpatectomía dorsal bilateral en el tratamiento de la hiperhidrosis esencial.

IMÁGENES CLÍNICAS

Adenitis tuberculosa

Enanthem and COVID-19 infection

COVID-19 and latent TB co-infection

Miliary tuberculosis and HIV coinfection

Secondary tuberculosis presenting as oral mucosal ulceration

RESUMEN DE COMUNICACIÓN CIENTÍFICA

Impacto psicosocial e influencia en la clínica del paciente traqueotomizado y conectado a ventilación mecánica al restablecer la comunicación verbal mediante válvulas fonatorias.



ORIGINAL

EFFECTOS EN LA FUNCIÓN PULMONAR POST SIMPATECTOMÍA DORSAL BILATERAL EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS ESENCIAL.

Mesa León, N¹; González Hernández, S²; Ortega Vera, J.E³; De Cabanyes Candela, S³;

Hernández Rodríguez, H.³; Mañes Bonet, N.³

1 Servicio de Neumología. Complejo Universitario Hospitalario de Canarias

2 Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Universitario Hospitalario de Canarias

3 Servicio de Cirugía Torácica. Complejo Universitario Hospitalario de Canarias

Resumen

La hiperhidrosis esencial se caracteriza por sudoración ecrina idiopática excesiva localizada en la palma de las manos, la planta de los pies y las axilas, debida a una hiperestimulación del sistema nervioso simpático que pasa a través del segundo y tercer ganglios torácicos simpáticos. En la actualidad, el tratamiento de elección es la simpatectomía dorsal bilateral.

Objetivo: evaluar si se producen modificaciones en la función respiratoria tras la simpatectomía dorsal bilateral en un grupo de pacientes con hiperhidrosis esencial.

Material y métodos: 43 pacientes, estudiados previamente, con una edad media de 25 años, se les realizó una espirometría a los 12 - 18 meses tras la intervención y los resultados se compararon con realizados antes de la cirugía.

Resultados: Los pacientes sufrieron leves modificaciones en los valores espirométricos, pero ninguno de ellos tuvo repercusión clínica. En cuanto al estudio de las variables relacionadas con el acto quirúrgico, vemos como, en nuestra muestra, la satisfacción de los pacientes tras la cirugía es del 86,04%.

Abstract

Essential hyperhidrosis is characterized by excessive idiopathic eccrine sweating located on the palms of the hands, the soles of the feet, and the armpits, due to hyperstimulation of the sympathetic nervous system passing through the second and third sympathetic thoracic ganglia. Currently, the treatment of choice is bilateral dorsal sympathectomy.

Objective: to evaluate whether changes in respiratory function occur after bilateral dorsal sympathectomy in a group of patients with essential hyperhidrosis.

Material and methods: 43 patients, previously studied, with a mean age of 25 years, underwent spirometry 12-18 months after the intervention and the results were compared with those performed before surgery.

Results: The patients suffered slight modifications in spirometric values, but none of them had clinical repercussions. Regarding the study of the variables related to the surgical act, we see how, in our sample, the satisfaction of the patients after the surgery is 86.04%.

Palabras clave: hiperhidrosis esencial, simpatectomía dorsal bilateral, función respiratoria, espirometría.

Key words: Essential hyperhidrosis, bilateral dorsal sympathectomy, respiratory function, spirometry.



Introducción y objetivo.

La hiperhidrosis esencial se caracteriza por un exceso de sudoración ecrina idiopática tanto en la palma de las manos, planta de los pies y las axilas, debido a una hiperestimulación del sistema nervioso simpático que pasa por el segundo y tercer ganglios torácicos¹. Aunque su fisiopatología es desconocida, se cree que podría estar causada por una hiperestimulación del sistema nervioso simpático lo que provocaría una inervación anormal de las glándulas ecrinas, que son las responsables finales de la secreción excesiva del sudor.²

En la actualidad el tratamiento de elección es la simpatectomía dorsal bilateral (SDB) mediante videotoracosco-
pia de los ganglios T3-T4. El efecto secundario más frecuente es la hipersudoración compensadora, localizada en la espalda, el abdomen, los glúteos y los miembros inferiores.

La inervación simpática pulmonar se deriva principalmente de la cadena simpática torácica (T2 a T8), pero también hay fascículos de la cadena simpática cervical (ramas cervicotorácicas), el ganglio estrellado y el plexo cardíaco y fibras de los nervios intercostales.³ Debido a ello se han descrito alteraciones espirométricas e hiperres-
puesta bronquial, atribuidas a la denervación simpática, lo que indica una mayor actividad del sistema nervioso autónomo.⁴

Teniendo en cuenta la denervación simpática parcial tras la cirugía, nuestro objetivo es estudiar los efectos del SDB sobre la función pulmonar y determinamos si un desequilibrio simpático / parasimpático podría contribuir al deterioro de la función pulmonar.

Material y métodos.

Se recogieron los datos de manera retrospectiva de 43 pacientes intervenidos entre 2006 y 2015 (9 varones y 34 mujeres) con edades comprendidas entre los 13 y 53 años, con una edad media de 25 años, a los que se les realizó una espirometría entre los 12 y 18 meses tras la intervención y los resultados se compararon con los realizados antes de la cirugía.

De los 43 pacientes, 2 tenían antecedentes de asma con/sin tratamiento en el momento de la cirugía, 0 diagnóstico de EPOC, 14 de ellos eran fumadores, de los cuales 8 continuaban siéndolo tras la intervención y ninguno comenzó el hábito tabáquico tras ella, ningún paciente presentaban diagnóstico de insuficiencia cardíaca previo.

Todos los pacientes fueron sometidos a una SDB por videotoracosco-
pia y se les repitieron las pruebas de función pulmonar, se les interrogó sobre aparición de efectos secundarios, tanto hipersudoración compensadora como a nivel respiratorio.

La espirometría se realizó según el procedimiento indicado por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Se evaluaron los parámetros: capacidad vital forzada (FVC), volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV¹), FEV¹/FVC y flujo máximo mesoespiratorio (MMEF).

De manera complementaria al estudio de la función pulmonar, se recogieron datos sobre la satisfacción del paciente con respecto a la cirugía, sobre el éxito de esta, y sobre las posibles complicaciones del proceso. Concretamente las complicaciones evaluadas fueron: presencia de dolor crónico en relación a las heridas de al menos tres meses de evolución y neumotórax postquirúrgico que requiriera drenaje. Se consideró fracaso de la intervención cuando el paciente continuaba presentando en el postoperatorio hiperhidrosis palmar, hiperhidrosis axilar o rubor facial severo.

Resultados

Los valores de CVF y FEV¹ de los pacientes tras un año no sufre cambios en general siendo las cifras preoperatorias de 4.09 (L) ± 0.84 y 3.48 (L) ± 0.66 respectivamente, y postquirúrgicos de 4,14 (L) ± 0.88 y 3.49 (L) ± 0.68. Los pacientes sufrieron tanto disminución como aumento de los valores espirométricos, pero ninguno de ellos tuvo repercusión clínica. El cociente VEF1/CVF sufrió ligeras variaciones, y hasta en 6 pacientes llega a bajar del 80% tras la cirugía, pero de nuevo sin repercusión clínica.

En cuanto al estudio de las variables relacionadas con el acto quirúrgico, vemos como en nuestra muestra la satisfacción de los pacientes tras la cirugía es del 86,04%. Los pacientes que no quedaron satisfechos fueron por motivos relacionados con la recurrencia de la hipersudoración o porque consideraban excesiva la sudoración compensatoria.

En cuanto al dolor postoperatorio, lo presentaron un 11,62% de los pacientes. Cabe aclarar que en ningún caso se



trató de dolor incapacitante o de elevada intensidad, y en todos los casos se aliviaba con analgésicos orales.

Los casos de neumotórax postquirúrgico fueron 7, un 16,27% del total de los pacientes. Todos los casos fueron tratados con drenaje pleural con buena evolución. No fueron contabilizados a efectos de este estudio los neumotórax de escasa cuantía que no requirieron actuación invasiva para su resolución.

Fueron muy pocos los casos de recidiva de la hipersudoración, en total 5, un 11,62% del total. 3 pacientes optaron por la reintervención, 1 por el tratamiento de la hipersudoración mediante toxina botulínica axilar, y 1 decidieron no recibir más tratamiento.

	Cambio FEV1 cc	Cambio FEV1 %	Cambio FEV1/CVF
Media	8,60	-0,28	-0,32
Max	1270	13	26
Min	-490,00	-14,00	-7,47
DS	269,46	6,77	4,85
Intervalo confianza	81,49	2,05	1,47

Tabla 1 - Cambios en la función pulmonar antes y después de la simpatectomía toracoscópica.

Discusión

Los estudios realizados sobre la repercusión pulmonar de la simpatectomía supraclavicular, previo al desarrollo de la técnica toracoscópica, como el realizado por Molho et al⁵ con una muestra de 12 pacientes donde se obtuvieron cambios en el MMEF del 20 - 25% que además presentaba una repercusión clínica, dieron lugar al estudio y comparación de estos cambios en la función pulmonar una vez desarrollada la técnica actual.

Los primeros estudios que se realizaron en la década de los 90 analizando, mediante espirometría, los cambios postoperatorios y la repercusión clínica, como es el caso del estudio de Noppen et al⁶ con una muestra de 47 pacientes con hiperhidrosis esencial donde observaron cambios leves en los valores espirométricos sin síntomas respiratorios duraderos. Estudios más recientes como el realizado por Vigil et al¹ en 2005 con una muestra de 20 pacientes donde se analizó la función cardiopulmonar previa y post intervención evidenciaron que la simpatectomía toracoscópica no parece influir en la capacidad de ejercicio, ya que produce solo efectos mínimos sobre la respuesta del corazón y que las repercusiones clínicas respiratorias son leves para el paciente y están en relación con una ligera obstrucción bronquial, influenciado por el sistema nervioso simpático.

En este estudio, se evaluaron los efectos a corto plazo de la SDB sobre las pruebas de función pulmonar en 43 pacientes. Solo se observaron efectos muy pequeños en los valores espirométricos. Además, todos los pacientes permanecieron completamente asintomáticos.

Los resultados de nuestra investigación nos permitieron concluir que la SDB es una técnica segura ya que los cambios en las pruebas de función respiratoria son mínimos y clínicamente irrelevantes, con pocas complicaciones potenciales, y aquellas que aparecen son de fácil resolución y con poca morbilidad añadida. En cuanto a la satisfacción del paciente, además de las complicaciones y el éxito de la cirugía, vemos como influye la percepción del paciente sobre los resultados. Lo que se espera de la cirugía o la aparición de hipersudoración compensatoria deben ser debidamente explicados al paciente antes de la intervención.

Bibliografía:

1. Laura Vigil, MD, et al. Video-Assisted Sympathectomy for Essential Hyperhidrosis. Chest Journal. 2005;128(4):2702-2705.
2. Drott C, Gothberg G, Claes G. Endoscopic transthoracic sympathectomy: an efficient and safe method for the treatment of hyperhidrosis. J Am Acad Dermatol. 1995;33:78-81.
3. Noppen M, Vincken W. Thoracoscopic sympathicotomy for essential hyperhidrosis: effects on pulmonary function. Eur Respir J. 1996;9:1660-4.
4. Miguel A. Ponce González, MD, et al. Long-term pulmonary function after thoracic sympathectomy. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2005; 129:1379-1382.



5. Molho M, Shemesh E, Gordon D, et al. Pulmonary function abnormalities after upper dorsal sympathectomy. Chest 1980; 77:651- 655.
6. Noppen MM, Vincken WG. Effects of thoracoscopic upper dorsal sympathicotomy for essential hyperhidrosis on bronchial responsiveness to histamine: implications on the autonomicimbalance theory of asthma. Respirology 1996; 1:195-199.

Nota del editor: Este artículo se ha publicado también como Comunicación a Congreso.

IMAGEN CLINICA

Adenitis tuberculosa

1.Muntean Petru Emil¹

1.Emergency Hospital of Arges County, Jud. Arges, Romania

Paciente del sexo femenino de 20 años, de área urbana, soltera, acusa desde hace aproximadamente un mes, estados constantes de febrícula, sudoración nocturna profusa, pérdida de peso marcada, tos seca, falta de apetito y presencia de nódulos inflamados en la zona cervical. De su historial médico anterior, parece que a su hermana menor le diagnosticaron tuberculosis pulmonar hace un año. Al examen clínico, una adenopatía supraclavicular de unos tres centímetros, móvil, elástica e indolora. La radiografía pulmonar describe el agrandamiento del mediastino superior bilateral. Tomografía computarizada de tórax, marca múltiples adenopatías a nivel parahiliar y múltiples nódulos bilateral-apicales de diferentes dimensiones. Sin embargo, emerge a nivel cervical, un nódulo sólido con necrosis central, de unos treinta y dos milímetros y sin infiltración. Así, se realiza una biopsia por aspiración con aguja fina de los ganglios linfáticos. La tinción H&E muestra inflamación granulomatosa focal y gran alteración granulomatosa demarcada por tejido conectivo fibroso infiltrado por células gigantes de Langhans (Figura 1). La tinción de Ziehl-Neelsen muestra agregados de bacilos acidorresistentes dentro de un granuloma grande (Figura 2). Debido a la presencia de bacilos tuberculosos^{1,2}, el diagnóstico fue de adenitis tuberculosa. Se inició un régimen estándar debe ser de seis meses^{3,4}: 2(R+H+PZ) y 4(R+H). Las lesiones de tuberculosis sanaron después de cuatro meses. La linfadenitis cervical tuberculosa es la manifestación más frecuente de la tuberculosis extrapulmonar. En países en desarrollo como Rumania, hay un resurgimiento entre los usuarios de drogas intravenosas (especialmente aquellos con VIH)⁵.

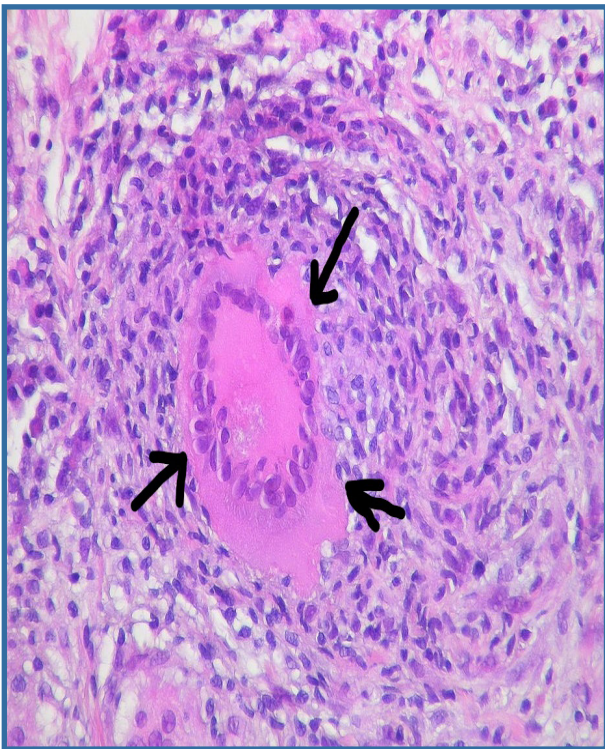


Imagen 2: Tinción de Ziehl Neelsen

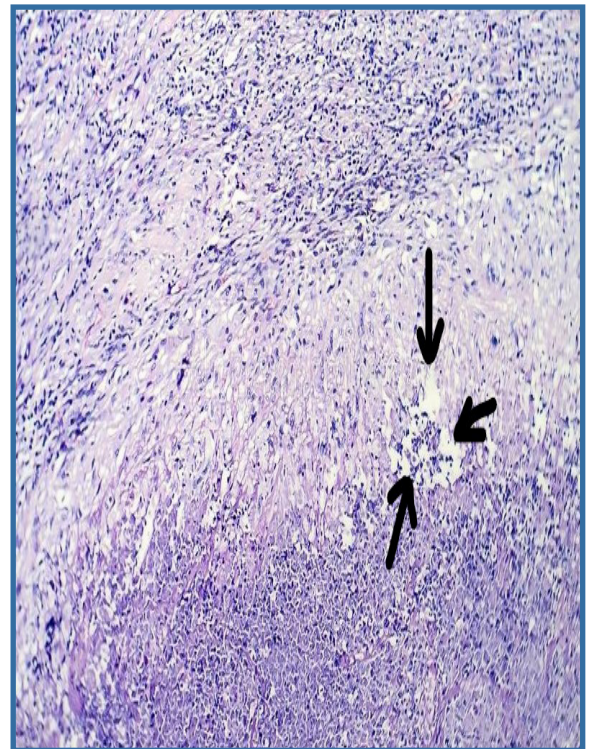


Imagen 1: Histopatología (HEx200)

Bibliografía:

1. Thiam M.H., Karfo K., Sylla O., Guèye M. *Confusion mentale et tuberculose ganglionnaire: à propos d'un cas*; Médecine d'Afrique Noire 2000;47(10):441-443.
2. Takuma K., Makoto Y., Takeo K. *Four Cases of the Tuberculous Adenitis*; Kansenshogaku Zasshi 2005;79(6):402-406. doi: 10.11150/kansenshogakuzasshi1970.79.402
3. Muntean Petru Emil. *A rare case of a tuberculosis patient with sarcoidosis*. Folia Med (Plovdiv) 2019;61(2):312-6. doi: 10.2478/folmed-2018-0055
4. Muntean Petru Emil. *A 50-year-old male with fever, cough, dyspnoea, chest pain, weight loss and night*



sweats. *Breathe* 2018;14(1):43-48. doi: 10.1183/20734735.013317

5. Petru E. MUNTEAN. *Isolated intestinal tuberculosis associated with human immunodeficiency virus infection.* *Arch Balk Med Union.* 2020;55(1):168-173. <https://doi.org/10.31688/ABMU.2020.55.1.22>

IMAGEN CLÍNICA

Enanthem and COVID-19 infection

1. Muntean Petru Emil.

Emergency Hospital of Arges County, Jud. Arges, Romania

A 42-year-old female from urban environment, had a seven day history of tiredness, sore throat, loss of taste and smell. Physical examination revealed enanthem on hard & soft palate with millimetric petechiae but without erythema (Image 1). Lab results: white blood cells $6.52 \times 10^9/\text{Liter}$, neutrophils $4.12 \times 10^9/\text{Liter}$, lymphocytes 49.23%, D-dimers 563 ng/mL, lactic acid dehydrogenase 1033 U/L, fibrinogen 387 mg/dL, ferritin 489 ng/mL, C reactive protein 21 ug/L. Oropharyngeal swab for SARS-CoV-2 tested positive by RT-PCR. Diagnosis was viral enanthem. Based on national protocol^{1,2,3}, she received Dexamethasone 20 mg tab daily (10 days), Heparin Sodium 5000IU injection daily (10 days), the combination of lopinavir/ritonavir (10 days), hydroxychloroquine (7 days), hepato-protectors, cough syrup and adjuvant care (Zinc, Vitamin D supplements). Drug admission and lab data were not affiliated with any enanthem type. Fourteen days after admission and two consecutive negative oropharyngeal swab tests, she was discharged without any complications. In the follow-up visits, negative oropharyngeal swab tests for SARS-CoV-2. The presence of enanthem is a proof that suggests a viral etiology^{4,5}. Either these manifestations are directly related to SARS-CoV-2 infection remains uncertain. Because of a safety matter, SARS-CoV-2 patients sometimes do not have their mouths inspected.



Image 1: Enanthem on hard & soft palate

References:

1. Petru Emil Muntean. *COVID-19 and congenital long QT syndrome*. PNEUMON. 2020;33(3):155. Retrieved from <http://pneumon.org/july-september-2020-vol-33-issue-3/showfulltext789/1/newsid789/813>
2. Muntean PE, Neculcea CG. *Chest imaging features of COVID-19 pneumonia*. Arch Balk Med Union. <https://doi.org/10.31688/ABMU.2020.55.2.24>
3. Muntean PE, Mihai AM. *Successful recovery of COVID-19 pneumonia in a young male with negative COVID-19 IgM/IgG antibody rapid test but positive 2019-NCOV RT-PCR*. Arch Balk Med Union. <https://doi.org/10.31688/ABMU.2020.55.3.23>



4. Petru E. Muntean. *Pink eye - a symptom of COVID-19*. Arch Balk Med Union.

from <https://doi.org/10.31688/ABMU.2020.55.4.23>

5. Petru Emil Muntean. *COVID-19 viral pneumonia: case presentation*. Romanian Journal of Family Medicine. 2020;3(4):22-23. Retrieved from <https://revmedfam.ro/pneumonie-virala-covid-19-prezentare-de-caz/>

IMAGEN CLINICA

COVID-19 and latent TB co-infection

1. Muntean Petru Emil.

Emergency Hospital of Arges County, Jud. Arges, Romania

A 19-year-old male, chronic smoker, healthcare worker, presented with a 16-day history of dry cough, chills, persistent low grade fever, loss of appetite, deep muscle pain, runny nose, fatigue and mild dyspnoea. Had close contact with his son who had COVID-19. Physical examination revealed bibasilar crackles and BCG vaccination scar. Lab results: total cholesterol serum 221 mg/dl, triglycerides 235 mg/dl, glucose 119 mg/dL, a white blood cell count of 10.21×10^9 / Liter, neutrophils 8.10×10^9 /Liter, lymphocytes 39.23%, D-dimers 534 ng/mL, creatine kinase-MB 19 U/L, lactic acid dehydrogenase 682 U/L, fibrinogen 459 mg/dL, troponin T 7.18 ng/L, ferritin 178 ng/mL, a C reactive protein level of 21 ug/L, ASLO 310 U/ml, erythrocyte sedimentation rate of 45 mm/hr. Chest computed tomography scan showed multiple ground glass opacities in both lungs and cylindrical bronchiectasis (Image 1). Nasopharyngeal swab for SARS-CoV-2 tested positive by RT-PCR^{1,2}. The male patient was QuantiFERON-TB Gold positive (IFN- γ 0.63 IU/mL) but with Acid-Fast Bacilli smear negative and culture also negative. Diagnosis was COVID-19 and latent TB co-infection. To stop the evolution of SARS-CoV-2 infection he received the combination of lopinavir/ritonavir (14 days), hydroxychloroquine (7 days), Heparin Sodium 5000IU injection daily (12 days), cough syrup, hepatoprotectors, antacids, dexamethasone 20 mg tab daily (10 days), Azithromycin 500 mg tab daily (10 days), adjuvant care. Mantoux tuberculin skin test was 4 mm in diameter, no TB outbreak and therefore no preventive anti-tuberculin treatment was initiated even though latent tuberculosis infection was detected³. Nineteen days after admission and two consecutive negative oropharyngeal swab tests, he was discharged without any complications. A (+) QFT test and a (-) TST result could theoretically be explained as a false positive QFT test. In the absence of a gold standard to confirm ITBL, it can be difficult to tell that any test is superior than TST. SARS-CoV-2 can produce an immunosuppressive reaction for a short period of time. This can cause latent bacterial infections to emerge. In endemic countries such as Romania^{4,5}, due to difficult access to a rapid medical diagnosis, risk factors for mortality among TB patients are common.



Image 1: Chest CT



References:

1. Muntean PE, Neculcea CG. *Chest imaging features of COVID-19 pneumonia*. Arch Balk Med Union. 2020;55(2):361-362. <https://doi.org/10.31688/ABMU.2020.55.2.24>
2. Muntean PE, Mihai AM. *Successful recovery of COVID-19 pneumonia in a young male with negative COVID-19 IgM/ IgG antibody rapid test but positive 2019-NCOV RT-PCR*. Arch Balk Med Union. 2020;55(3):532-533. <https://doi.org/10.31688/ABMU.2020.55.3.23>
3. Muntean PE. *A rare case of a tuberculosis patient with sarcoidosis*. Folia Med (Plovdiv) 2019;61(2):312-6. doi: 10.2478/folmed-2018-0055
4. Muntean PE. *A 50-year-old male with fever, cough, dyspnoea, chest pain, weight loss and night sweats*. Breathe 2018;14(1):43-48. doi: 10.1183/20734735.013317
5. Petru E. MUNTEAN. *Isolated intestinal tuberculosis associated with human immunodeficiency virus infection*. Arch Balk Med Union. 2020;55(1):168-173. <https://doi.org/10.31688/ABMU.2020.55.1.22>

IMAGEN CLINICA

Miliary tuberculosis and HIV coinfection

1. Muntean Petru Emil.

Emergency Hospital of Arges County, Jud. Arges, Romania

A 34-year-old male from rural environment, chronic smoker, unmarried, a social worker, was admitted to the Pulmonology department because of a chronic dry cough, night sweats, anorexia, asthenia and a weight loss of approximately 8 kilograms. These symptoms had been insidiously developed over the past month and were unresponsive to typical antibiotic treatment. No remarkable medical history. Physical examination revealed low grade fever, a blood pressure of 105/75 mm Hg, a heart rate of 95 beats per minute and a respiratory rate of 26 breaths per minute. Oxygen saturation breathing room air was 94%. Lab test results within the reference range. Chest X-ray shows wide spread small (2-4 mm) nodular opacities distributed throughout both lungs. Acid- Fast Bacilli smear negative. Because the miliary pattern on chest radiography could be a presentation of miliary tuberculosis, sarcoidosis, histoplasmosis, bronchoalveolar carcinoma, pneumoconiosis, or pulmonary siderosis, a transbronchial lung biopsy was performed. Histopathology report (Image 1) describes multiple caseating granulomas with giant cells and caseous necrosis¹. HIV positive (CD4 cell count 412 Cells/ μ L). Diagnosis was Miliary tuberculosis and HIV coinfection. Based on the national protocol^{3,4}, he received first-line anti-TB drugs, pyridoxine and adjuvant care. Simultaneous, antiretroviral therapy for HIV. After two months of antituberculous therapy, the chest radiography showed resolution of almost all opacities. In countries that face widespread mycobacterium tuberculosis infection like Romania⁵, because of low wages and educational inequalities, risk factors for mortality are ordinary. Treating mycobacterium tuberculosis in HIV-positive patients is laborious. The clinical presentation of miliary TB in early HIV infection is alike to that noticed in immunocompetent individuals. The integration of HIV and TB centers could serve as an important part in reducing and better managing the infected persons.

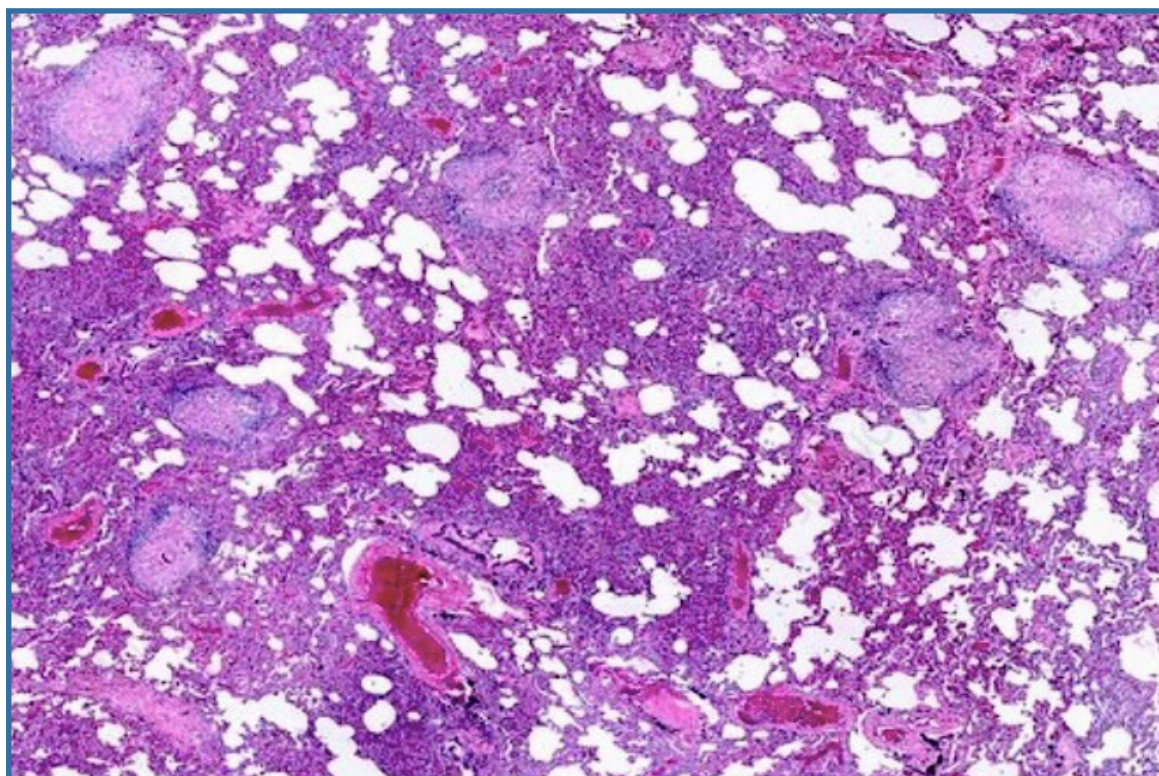


Image 1. Histopathology sample (HEX200)

References:

1. Muntean PE. *Pathophysiology in laryngeal granulomatous disease*. PNEUMON 2019, 32(3):108. Retrieved from <http://pneumon.org/july-september-2019-vol-32-issue-3/showfulltext789/1/newsid789/753>
2. Muntean PE. *A rare case of a tuberculosis patient with sarcoidosis*. Folia Med (Plovdiv) 2019;61(2):312-6. doi: 10.2478/folmed-2018-0055



3. Muntean PE. *A 50-year-old male with fever, cough, dyspnoea, chest pain, weight loss and night sweats*. *Breathe* 2018;14(1):43-48. doi: 10.1183/20734735.013317
4. Muntean PE. *Primary intestinal tuberculosis*. *PNEUMON* 2019, 32(4):162. Retrieved from <http://pneumon.org/october-december-2019-vol-32-issue-4/newsid789/765/showfulltext789/1>
5. Petru E. MUNTEAN. *Isolated intestinal tuberculosis associated with human immunodeficiency virus infection*. *Arch Balk Med Union*. 2020;55(1):168-173. <https://doi.org/10.31688/ABMU.2020.55.1.22>

IMAGEN CLINICA

Secondary tuberculosis presenting as oral mucosal ulceration

1. Muntean Petru Emil.

1. Emergency Hospital of Arges County, Jud. Arges, Romania

A 56-year-old widowed female nurse, complains for over a month of cough with yellow phlegm, night sweats and a persistent, non-healing and painless ulcer of the buccal mucosa. Had a low socioeconomic status and was an avid smoker. Normal physical exam. Oral examination revealed poor oral hygiene and presence of a sole ulcer (1.5x1.3cm) at right angle of the mouth, irregular in shape. Common lab tests within normal limits. HIV negative. Chest X-ray revealed multiple areas of consolidation in the right upper zone and bilateral hilar lymphadenopathy. Positive GeneXpert MTB/RIF assay. Under local anesthesia, a biopsy was taken from the area adjacent to the ulcer. Histopathology report describes a granulomatous lesion^{1,2} consisting of histiocytes and Langhans giant cells, with a central necrotic focus fenced by lymphocytes (Image 1). Diagnostic was oral tuberculosis-TB^{3,4}. On the basis of above, a standard anti-tuberculosis regimen⁵ was initiated. Ulcerative oral lesion healed in one month, lung lesions after six. Traumatic ulcers are the most frequent type of ulcers in the oral cavity. Tuberculosis of the oral cavity is usually confused with malignant tumors. Secondary oral tuberculosis often develops following tuberculosis of the lungs. Nowadays, biopsy of the lesion is mandatory.

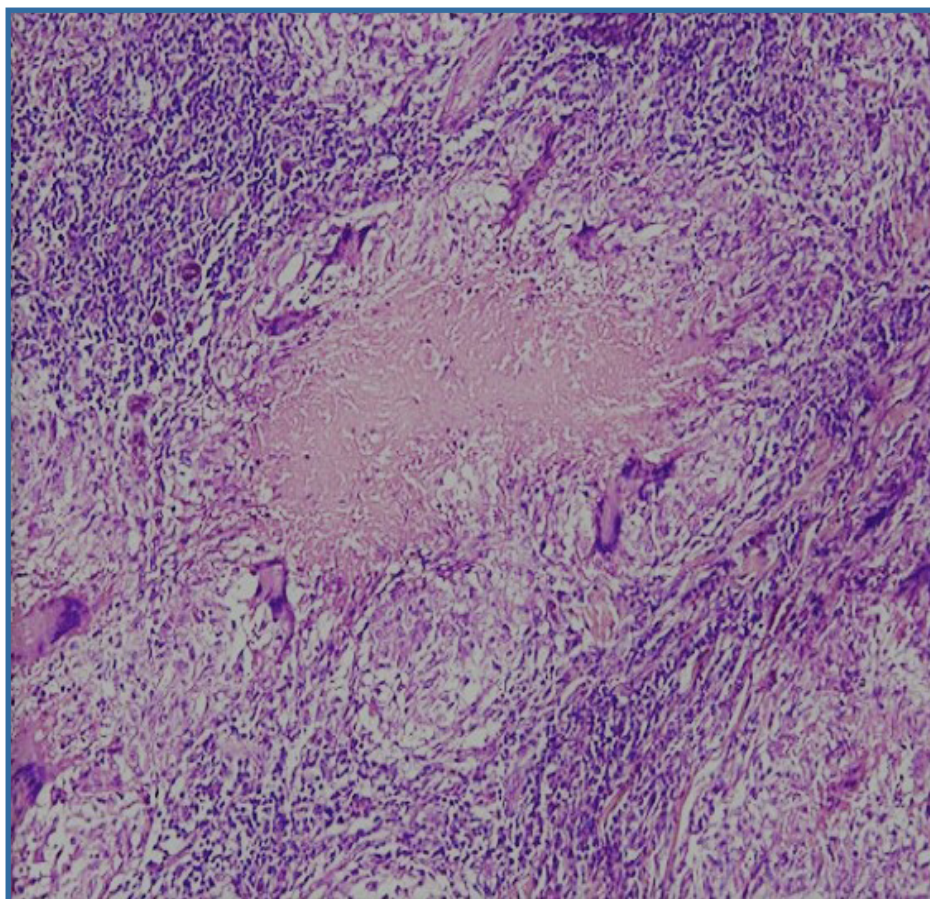


Image 1: Histologic photograph of biopsy sample (H&E Stain, magnification x200)

References:

1. Muntean PE. *Isolated intestinal tuberculosis associated with human immunodeficiency virus infection*. Arch Balk Med Union. 2020;55(1):168-173. <https://doi.org/10.31688/ABMU.2020.55.1.22>
2. Muntean PE. *A rare case of a tuberculosis patient with sarcoidosis*. Folia Med (Plovdiv) 2019;61(2):312-6. doi: 10.2478/folmed-2018-0055



3. Shanahan D. and Staines, K. (2019), *Oral tuberculosis: a case report and review of the literature*. *Oral Surg*;12: 65-70. <https://doi.org/10.1111/ors.12369>
4. Bárbara C, Vania M, Maria C. *Oral manifestation of tuberculosis: a case-report*, *The Brazilian Journal of Infectious Diseases* 2016; 20(2):210-213. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2015.12.001>.
5. Muntean PE. *A 50-year-old male with fever, cough, dyspnoea, chest pain, weight loss and night sweats*. *Breathe* 2018;14(1):43-48. doi: 10.1183/20734735.0133172.



RESUMEN DE COMUNICACIÓN CIENTÍFICA

IMPACTO PSICOSOCIAL E INFLUENCIA EN LA CLÍNICA DEL PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO Y CONECTADO A VENTILACIÓN MECÁNICA AL RESTABLECER LA COMUNICACIÓN VERBAL MEDIANTE VÁLVULAS FONATORIAS.

Clemente López F.J; Peyrolón Jiménez, J; Rodríguez Gómez J.A.

H.U “Ntra. Sra. de la Candelaria” Unidad de UCI. Ctra. Gral. del Rosario, s/n. 38010. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La falta de comunicación eficaz en el paciente crítico con ventilación mecánica (VM) influye directamente en el sueño, presencia de delirium, sentimientos de aislamiento, depresión, estrés, ansiedad y alteraciones ventilatorias y hemodinámicas. Esto incrementa las dosis de sedación, el tiempo de conexión al ventilador, la estancia hospitalaria y costes. Usar válvulas fonatorias, debería fomentar una mejora de la autoestima, motivación y bienestar, acelerando la recuperación.

Objetivo: Valorar el impacto psicosocial, bienestar y calidad de vida de pacientes traqueotomizados conectados a VM tras restablecer la comunicación verbal mediante válvulas fonatorias.

Material y Método: Ensayo clínico aleatorizado y multicéntrico. En el grupo de intervención se usa válvula fonatoria unidireccional en pacientes traqueostomizados, conectados a VM y con voluntad de comunicarse. En el grupo control se emplean medios de comunicación “clásicos” alternativos (gestos/signos, pizarras y abecedarios). Se registran variables demográficas, días de VM, tiempo de decanulación, calidad de la voz, complicaciones y mejora de bienestar, motivación y estado psicosocial usando las herramientas validadas de medición Euroqol5d, COOP/WONCA y PIADS.

Resultados: Se reclutan 43 casos, 17 en grupo de control y 26 en grupo de intervención. Respecto a datos demográficos y clínicos, ambos grupos son similares y homogéneos y no muestran diferencias significativas. En grupo control no hay diferencias significativas en su bienestar y calidad de vida relacionada con la salud en las escalas. En grupo intervención, el 74,80% de los sujetos fona con un timbre y tono de voz prácticamente normal y reconocible. En las Escalas, se obtienen diferencias estadísticas en todas las áreas, salvo en la dimensión ansiedad/depresión en la Euroqol-5d y sentimientos y motivación de la COOP-WONCA, aunque sí existe una tendencia. Se han comparado las variables días de ventilación mecánica, días de traqueostomía, estancia en UCI y estancia hospitalaria entre ambos grupos, obteniendo los siguientes resultados (tabla 1)

Conclusiones: Las válvulas fonatorias en el contexto de la VM favorece una fonación adecuada y comprensible en el 91,45% de los casos. Usar válvulas fonatorias junto a la VM, produce un impacto psicológico positivo y favorece el bienestar y la calidad de vida relacionada con la salud de forma significativa. Existe una diferencia entre los días de ventilación mecánica, estancia en UCI y hospitalaria, a favor del uso de las válvulas. Esto repercute directamente en menor incidencia de efectos adversos con el consiguiente impacto económico.



NORMAS DE PUBLICACIÓN.

El trabajo debe tener una carta de presentación dirigida al Comité Editorial en la que se hable de la aportación que supone. Debe constar el nombre de los autores en orden, con su lugar de origen, y el autor para la correspondencia, con su email y datos para localización. Constará en esta carta la cesión del Copyright y la declaración de posibles conflictos de interés.

Se enviará como documento adjunto a revistaneumocan@outlook.es, especificando en el asunto el tipo de trabajo del que se trata (editorial, revisión, original, caso clínico...).

- **Editorial.** Será un comentario crítico que realiza un experto sobre un trabajo original que se publica en el mismo número de la revista o por encargo sobre un tema de actualidad. La extensión máxima será de cuatro páginas DIN A4 en letra Times New Roman, cuerpo 12 y a doble espacio. El contenido del artículo puede estar apoyado en un máximo de 10 citas bibliográficas.

- **Originales.** Hacen referencia a trabajos de investigación clínica o experimental en patología respiratoria. Los diseños recomendados son de tipo analítico en forma de encuestas transversales, estudios de casos y controles, estudio de cohortes y ensayos controlados. La extensión máxima recomendada es de doce páginas DIN A4 y se aceptarán hasta 6 figuras y 6 tablas. Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a seis. Debe constar de resúmenes en español e inglés, palabras claves en español e inglés, introducción, material y métodos, resultados, discusión y bibliografía.

- **Artículos de revisión.** Pretenderán hacer una revisión de un tema. En ocasiones, y según las circunstancias, podrán ser encargados. No deberán tener, por regla general, una extensión mayor de quince páginas DIN A4. El número de firmantes no será superior a seis. Debe constar de resúmenes en español e inglés, palabras claves en español e inglés, introducción, desarrollo, conclusión y bibliografía.

- **Cartas al director.** Se permitirá el comentario u objeciones relativas a artículos publicados en la revista y las observaciones concretas que permitan resumirse en forma de carta. La extensión máxima será de dos páginas DIN A4, un máximo de 5 citas bibliográficas y una figura o una tabla. El número de firmantes no podrá ser superior a seis, aunque se recomiendan tres.

- **Casos clínicos.** Describirán uno o más casos de interés excepcional y que aporten nuevos datos al conocimiento diagnóstico o terapéutico de una patología concreta. Se estructurarán como sigue: título en castellano y en inglés, resumen y abstract no estructurado, palabras clave y keywords (de tres a seis), introducción, observación clínica, discusión y bibliografía. La extensión máxima del texto será de cuatro páginas DIN A4. Se admitirá hasta un máximo de cuatro figuras y/o tablas. No deberán sobrepasarse las 10 citas bibliográficas. Se permitirá hasta 6 firmantes.

- **Imagen clínica.** Se tratará de la publicación de una imagen, por lo general de tipo endoscópico o histopatológico, de especial singularidad por la rareza de la presentación clínica de la enfermedad o proceso diagnosticado. La imagen o video se acompañará de un breve texto (máximo de 200 palabras), acerca de los datos clínicos y el proceso diagnóstico del paciente. También se podrán incluir dos citas bibliográficas como soporte al texto correspondiente. Por lo general se aceptará un máximo de tres autores.

- **Artículos especiales, misceláneas, noticias, etc.** Serán siempre por encargo y se adaptarán a las normas dadas en el mismo encargo por el comité editorial. Se utilizará letra Times New Roman, cuerpo 12 y a doble espacio. En la medida de lo posible, las figuras (excepto fotos), los gráficos y las tablas serán en escala de grises y, en caso de incluir algún color, será en tonos rojos y/o azules. La bibliografía deberá contener únicamente las citas más pertinentes, presentadas por orden de aparición en el texto y numeradas consecutivamente. Cuando se mencionan autores en el texto se incluirán los nombres, si son uno o dos.

Cuando sean más, se citará tan sólo al primero, seguido de la expresión et al. y, en ambos casos, el número de la cita correspondiente. Los originales aceptados, pero aún no publicados, pueden incluirse entre las citas, con el nombre de la revista, seguido por "en prensa" entre paréntesis. Las citas bibliográficas deberán estar correctamente redactadas y se comprobarán siempre con su publicación original. Los nombres de las revistas deberán abreviarse de acuerdo con el estilo utilizado en el Index Medicus y para la confección detallada de las citas se seguirán estrictamente las normas de Vancouver (<http://www.icmje.org>). El Comité Editorial se reservará el derecho para publicar o no publicar aquello que considere. La recepción de un trabajo por la revista no implica su publicación. El autor será informado del proceso de evaluación.

La presentación de un trabajo a la revista supone el permiso para la publicación y difusión por parte de ésta del autor. El autor debe manifestar que su trabajo respeta los derechos de autor de terceros.



NEUMOCAN

Asociación Canaria de
Neumología y Cirugía Torácica

www.neumocan.com