

Bibliografía

1. Cadiñanos Loidi J, Abad Pérez D, de Miguel Buckley R. Endobronchial tuberculosis simulating lung cancer. Arch Bronconeumol. 2014;50:126-7.
2. Saifudheen K, Anoop TM, Mini PN, Ramachandran M, Jabbar PK, Jayaprakash R. Primary tubercular osteomyelitis of the sternum. Int J Infect Dis. 2010;14:e164-6.
3. Atasoy C, Oztekin PS, Ozdemir N, Sak SD, Erden I, Akyar S. CT and MRI in tuberculous sternal osteomyelitis: A case report. Clin Imaging. 2002;26:112-5.
4. Graif M, Schweitzer ME, Deely D, Matteucci T. The septic versus nonseptic inflamed joint: MRI characteristics. Skeletal Radiol. 1999;28:616-20.
5. Mohammadi A, Howell JM. Sternal tuberculosis. J Emerg Med. 2009;36:342-4.

Clarissa Canella, Gláucia Zanetti y Edson Marchiori*

Departamento de Radiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: edmarchiori@gmail.com (E. Marchiori).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.07.007>

Pulido con arena en la industria naval: otra actividad potencialmente letal relacionada con la silicosis



Sandblasting in the Naval Industry: Another Life-Threatening Activity Related to Silicosis

Sr. Director:

Leímos con gran interés el caso presentado por Bueno Palomino¹ que alerta a los neumólogos sobre los riesgos para la salud que conlleva el pulido con arena.

Nos gustaría resaltar los riesgos de una actividad similar: el pulido con arena que se emplea en la industria pesada, especial-

mente en la construcción naval para limpiar las calderas y los cascos de los buques. En el pulido abrasivo se proyectan partículas abrasivas contra una superficie (generalmente vidrio o metal) mediante aire comprimido. En 1949, el Reino Unido adoptó una serie de normas para las actividades de pulido que han restringido en gran medida el uso de productos abrasivos que contienen sílice libre. En 1992, el *National Institute for Occupational Safety and Health* (Instituto nacional de seguridad e higiene laboral) recomendó que se prohibiera el uso de arena en el pulido abrasivo.

La silicosis detectada en trabajadores de la industria naval encargados del pulido con arena se presenta en la forma más agresiva de la enfermedad, con pruebas de fibrosis masiva progresiva en aproximadamente el 40% de los casos². También se han registrado casos de silicoproteínosis en este grupo de pacientes.

La silicoproteínosis puede desarrollarse después de un tiempo relativamente corto de exposición a las finas partículas de sílice (p. ej., en actividades de pulido con arena). La evolución de la enfermedad suele ser rápida. Se manifiesta en unos meses o pocos años tras la exposición inicial. Los síntomas incluyen un empeoramiento progresivo de la respiración que invariablemente termina en una insuficiencia respiratoria aguda. El pronóstico es muy malo y la mayoría de los casos registrados han fallecido en meses. Las características patológicas de la silicoproteínosis son distintas de la silicosis crónica y se asemejan a las de la proteinosis alveolar primaria. No se ha descrito ninguna terapia efectiva y el tratamiento se limita a medidas de apoyo²⁻⁴.

Los hallazgos de silicoproteínosis mediante TAC de alta resolución consisten en espacios de aire bilaterales que se manifiestan como consolidación, opacidades en vidrio esmerilado y nódulos centrilobulares. Se suele observar calcificación puntiforme superpuesta en zonas de consolidación y ganglios linfáticos calcificados^{3,4} (fig. 1).

Aunque no cabe prever la incidencia continuada de la silicoproteínosis en la sociedad moderna, se siguen registrando casos esporádicos, especialmente en países en vías de desarrollo. Los radiólogos y los neumólogos deberían conocer el cuadro clínico y los patrones de diagnóstico por imágenes de esta grave enfermedad progresiva que puede tener una consecuencia mortal poco después de la aparición de los síntomas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés alguno que manifestar.

Bibliografía

1. Bueno Palomino A. Progressive massive fibrosis in a former cleaner due to sandblasting. Arch Bronconeumol. 2014, doi: 10.1016/j.arbres.2013.10.002.
2. Ferreira AS, Moreira VB, Ricardo HM, Coutinho R, Gabetto JM, Marchiori E. Progressive massive fibrosis in silica-exposed workers. High-resolution computed tomography findings. J Bras Pneumol. 2006;32:523-8.

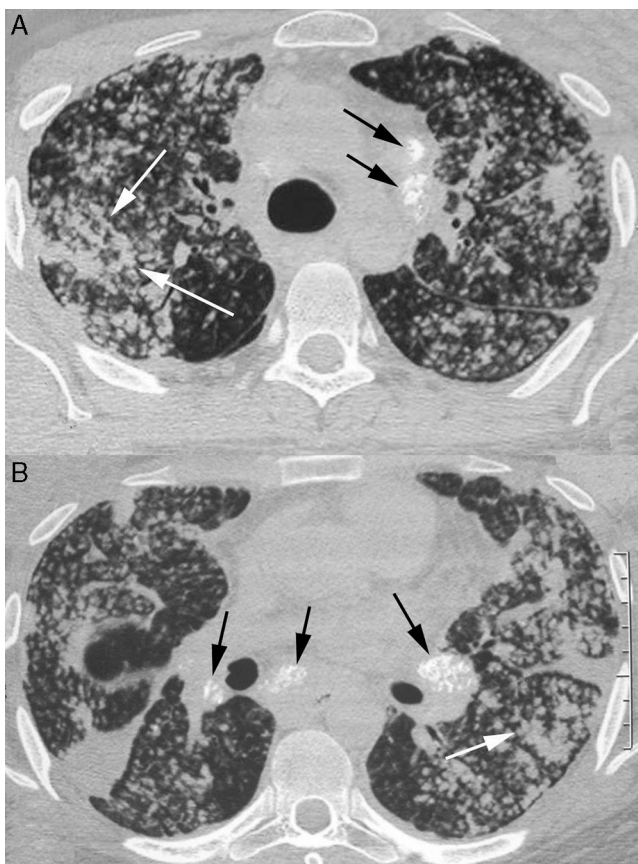


Figura 1. Varón de 29 años con silicoproteínosis. El paciente trabajaba como pulidor con arena en la industria naval, con un historial de exposición al sílice de 2,8 años. El TAC de los lóbulos superiores (A) e inferiores (B) muestra numerosos nódulos de espacios de aire bilaterales, algunos confluentes (flechas blancas) con zonas de consolidación en ambos pulmones. Se evidencian ganglios linfáticos mediastínicos e hiliares calcificados (flechas negras).

3. Souza CA, Marchiori E, Gonçalves LP, Meirelles GD, Zanetti G, Escuissato DL, et al. Comparative study of clinical, pathological and HRCT findings of primary alveolar proteinosis and silicoproteinosis. *Eur J Radiol.* 2012;81:371-8.
4. Marchiori E, Souza CA, Barbassa TG, Escuissato DL, Gasparetto EL, Souza Jr AS. Silicoproteinosis: high-resolution CT findings in 13 patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;189:1402-6.

Departamento de Radiología, Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, Brasil

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: edmarchiori@gmail.com (E. Marchiori).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.08.009>

Edson Marchiori*, Miriam Menna Barreto y Gláucia Zanetti

Las autocitas deberían considerarse relevantes



Self-citations should be counted

Sr. Director:

De Granda-Orive et al.¹ sostienen que las autocitas no deberían tenerse en cuenta al medir el impacto de las publicaciones. Por su parte, García-Pachón y Padilla-Navas² consideran que las autocitas deberían valorarse si aparecen en publicaciones con distribución limitada, en especial si no se publican en inglés. Quisiera proponer una tercera alternativa según la cual deberían considerarse relevantes las citas dentro del texto en vez de las citas de las listas de referencias bibliográficas; y contarse más de una vez si figuran varias veces en el texto.

He publicado mis argumentos en otro artículo³, pero en resumen sería:

- El número de citas dentro del texto indica el peso de dichas referencias en el artículo (Hou y Li⁴). El peso se reduce si hay muchas citas dentro del texto y solo una o 2 en la lista de referencias. Este razonamiento es aplicable tanto a las autocitas como a las citas convencionales.
- No todas las autocitas se incluyen como «auto-reconocimiento», sino que sirven para que el lector sepa dónde encontrar una

publicación clave, aportan pruebas de las afirmaciones del autor, dirigen la atención del lector a obras menos conocidas (o desconocidas), indican el nivel de conocimientos y experiencia del autor, establecen la filiación del autor a una escuela de pensamiento concreta o muestran la evolución conceptual.

Por eso, en mi opinión, la mejor manera de valorar las referencias en un artículo consiste en contar su frecuencia en el texto (no en la lista) conforme a su finalidad. En mi artículo³, incluyo 3 ejemplos de cómo funcionaría este proceso.

Bibliografía

1. De Granda-Orive JI, Alonso-Arroyo A, Aleixandre-Benavent R. Autocitación: ¿debemos penalizarla? *Arch Bronconeumol.* 2014;50:458.
2. García-Pachón E, Padilla-Navas I. ¿Debe penalizarse la autocitación de artículos? *Arch Bronconeumol.* 2014;50:372.
3. Hartley J. To cite or not to cite: Author self-citations and the impact factor. *Scientometrics.* 2012;92:313-7.
4. Hou WR, Li M. Counting citations in text rather than reference lists too improve the accuracy of assessing scientific contributions. *Bioessays.* 2011;72:4-72.

James Hartley

Correo electrónico: j.hartley@keele.ac.uk

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.09.011>

Schwannoma del nervio vago mediastínico tratado exitosamente con toracoscopia biportal videoasistida



Mediastinal Vagus Nerve Scwhannoma Succesfully Treated by a Biportal VATS Approach

Sr. Director:

En marzo de 2010 se remitió un varón no fumador de 60 años a nuestra unidad de cirugía torácica por dispepsia durante los últimos 3 meses y 2 episodios sincopales.

En la anamnesis destacaba hemicolecotomía izquierda por adenocarcinoma pT1pN0 del sigma hacía más de 10 años. Se había realizado una colonoscopia 6 meses antes de nuestra consulta, durante la revisión de seguimiento, con resultado negativo. Se le realizó un electrocardiograma (ECG), donde se apreciaba bradicardia sinusal. En la ecocardiografía transtorácica se observó una función ventricular izquierda normal sin alteración de la cinética segmentaria ni estenosis o insuficiencias valvulares y con fracción de eyección conservada. También se realizó la prueba de inclinación en mesa basculante (*tilt test*), con resultado negativo. La exploración neurológica y la TAC cerebral también fueron negativas para lesiones expansivas, isquémicas o hemorrágicas.

En la radiografía torácica realizada se observó una protuberancia de partes blandas en el perfil derecho del corazón. En la posterior TAC torácica con contraste yodado se detectó una lesión paratraqueal y retrocava (fig. 1A) blanda, encapsulada y bien definida, de 24 × 26 mm, situada cerca del cayado de la vena álgos. En la tomografía PET con 18F FDG (fig. 1B) se identificó un aumento del valor de captación en correspondencia con la lesión (valor de captación normalizada = 5,91). En la sesión clínica semanal se decidió realizar una aspiración transbronquial con aguja. La biopsia mostró la presencia de células neuronales, lo que resultó compatible con un tumor de tejido nervioso de bajo grado.

Se programó la cirugía y se realizó exitosamente la enucleación de la lesión mediastínica mediante abordaje toracoscópico biportal. El paciente se colocó en decúbito lateral izquierdo. Se consiguió ventilación pulmonar única mediante tubo endobronquial de doble luz colocado con guía fibrobronoscópica. Se utilizó un acceso operatorio de 4 cm en el 4.º espacio intercostal y, con visión directa, se llevó a cabo una segunda pleurotomía para introducir la cámara en el 8.º espacio intercostal en la línea axilar media.

Se identificó el nódulo sobre el nervio vago derecho, justo por encima del cayado de la vena álgos, y se reseco mediante enucleación intracapsular (fig. 1C,D). No fue posible conservar la integridad del recorrido anatómico del nervio vago derecho, que