

Tabla 1
Comparación entre datos publicados sobre Navarra en el artículo¹ y los existentes en la neumología pública en 2012

Variable analizada	Datos de Navarra publicados		Datos de toda la neumología pública en Navarra (2012)			
	AP	AE	Neum. total	Neum. HVC	Neum. HdN	Neum. Estella
<i>Centros participantes</i>						
Participan en la encuesta	16 (80)	8 (80)	2	1	0	1
Total de centros contactados	20	10	2	1	0	1
<i>Recursos de los centros</i>						
Espirómetro centro	1,06	1,88	2,6	4	3	1
Espirometría a la semana	2,6	63,3	90	125	95	50
Centros con horario específico (%)	12 (75,0)	6 (75)	(100)	(100)	(100)	(100)
Centros con habitación específica (%)	8 (50,0)	7 (87,5)	(100)	(100)	(100)	(100)
<i>Entrenamiento en los centros</i>						
Formación para realización periódica (%)	2 (12,5)	0 (0)	(80)	(100)	(100)	(20)
<i>Uso del espirómetro</i>						
Información dada al paciente (%)	15 (93,8)	5 (62,5)	(100)	(100)	(100)	(100)
<i>Información sobre el test broncodilatador</i>						
Criterio adecuado para considerar positivo (%)	5 (31,2)	5 (62,5)	(100)	(100)	(100)	(100)
<i>Información sobre el tipo de espirómetro</i>						
Transductor neumotacómetro (%)	2 (12,5)	2 (25)	8(100)	4 (100)	3 (100)	1 (100)
Transductor de turbina (%)	1 (6,2)	1 (12,5)	(0)	(0)	(0)	(0)
Transductor desconocido (%)	13 (81,2)	4 (50)	(0)	(0)	(0)	(0)
Curvas solo en pantalla no en papel (%)	15 (93,8)	7 (87,5)	(100)	(100)	(100)	(100)
Valores de referencia desconocidos (%)	15 (93,8)	3 (37,5)	(0)	(0)	(0)	(0)
<i>Mantenimiento del espirómetro y criterios de calidad</i>						
Con persona para el mantenimiento (%)	11 (68,8)	4 (50%)	(100)	(100)	(100)	(100)

AE: atención especializada; AP: atención primaria; Estella: Hospital de Estella; HdN: Hospital de Navarra; HVC: Hospital Virgen del Camino; Neum.: Neumología.

Bibliografía

- López-Campos JL, Soriano J, Calle M. Cambios interregionales en la realización e interpretación de las espirometrías en España. Arch Bronconeumol. 2014;50:475-83.
- Hueto J, Cebollero P, Pascal I, Cascante JA, Eguía VM, Teruel F, et al. Espirometría en Atención Primaria en Navarra. Arch Bronconeumol. 2006;42:326-31.

Pilar Cebollero Rivas* y Javier Hueto Pérez de Heredia

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: pilar473@me.com (P. Cebollero Rivas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.12.006>

Aportaciones de la tomografía axial computarizada de alta resolución en la detección precoz de silicosis



Contributions of the high resolution computed tomography in the early detection of silicosis

Sr. Director:

Agradecemos la oportunidad de contestar los comentarios de Martínez González et al.¹ sobre nuestra anterior comunicación², referente a la detección y descripción de una agrupación de casos de silicosis en jóvenes trabajadores de aglomerados de cuarzo en Chiclana de la Frontera (Cádiz)³. Intentaremos responder a las principales puntualizaciones planteadas, con las limitaciones que imponen la imprecisión de algunas expresiones, que pudieran ser interpretadas con inexactitud por nuestra parte. Es el caso de la calificación de nuestros hallazgos —y de las conclusiones

de ellos derivadas— como meras opiniones. Los autores, al basar sus argumentaciones sobre la validez de nuestros resultados únicamente en el grado de adhesión a la Clasificación Internacional de Radiografías de Neumoconiosis de la Organización Internacional del Trabajo, parecen pasar por alto que los diagnósticos se basaron en primer lugar en los resultados anatomopatológicos de 4 biopsias de pulmón realizadas mediante videotoracoscopia. Una vez confirmada por la unidad de anatomía patológica, la existencia de una agrupación de casos o *cluster* de silicosis se utilizó la tomografía axial computarizada de alta resolución (TACAR) como prueba de confirmación diagnóstica, en enfermos ya sintomáticos, incluyendo 9 con radiografía convencional de tórax (RCT) sin alteraciones (8 de ellos actualmente con diagnóstico de silicosis, de los cuales 2 han evolucionado a silicosis crónica complicada).

En nuestra práctica no se desprecia, para el despistaje y la vigilancia de trabajadores expuestos, la utilidad históricamente demostrada de la RCT. Pero tras la aparición de varios casos muy graves, uno con resultado de defunción y otros 2 en lista de espera para trasplante pulmonar, y en el contexto del *cluster* descrito, la TACAR, una prueba accesible y con un valor predictivo positivo muy elevado, permitió mejorar la calidad del diagnóstico. En el artículo original³ planteamos el obstáculo encontrado en el sistema

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.09.004>

de lectura de la RCT, inicialmente normal para algunos pacientes. Al respecto se han descrito limitaciones tales como la alta variabilidad entre evaluadores y la infradetección en el diagnóstico de silicosis⁴. Por otro lado, la TACAR proporciona una información superior a la RCT, fundamentalmente en las etapas iniciales de la silicosis⁵, lo que se pudo corroborar con nuestra experiencia. La TACAR ha demostrado ser más sensible y específica en el diagnóstico de silicosis al detectar las primeras opacidades redondeadas subpleurales en lóbulos superiores o ganglios linfáticos mediastínicos, no visibles mediante RCT⁶. Estas ventajas de la TACAR no son irrelevantes, ya que la detección precoz de un trabajador expuesto permite una intervención más temprana sobre la adecuación del puesto de trabajo y la reducción de las posibilidades de progresión de la enfermedad.

Por los motivos anteriores, resulta impropio tildar como alarmista la publicación de esta serie de casos relacionada con una exposición prevenible y con graves consecuencias para la salud pública, únicamente por no ajustarse a un patrón diagnóstico, no ignorado, sino superado en las condiciones concretas de nuestra investigación clínica. Estamos convencidos de que nuestro estudio, y tanto las reflexiones suscitadas *a posteriori* como las hipótesis generadas tras los hallazgos iniciales, son éticamente correctos, no presentan conflictos de intereses y responden a las expectativas que la sociedad tiene sobre los científicos. En este sentido, uno de los fines de la publicación era promover sinergias con otros clínicos e investigadores interesados en profundizar tanto en el conocimiento de la enfermedad como en las múltiples intervenciones necesarias para reducir el impacto de esta nueva forma de silicosis de los «marmolistas»⁷ en nuestro medio, algunas de las cuales ya se han puesto en práctica. Esperamos que estas aclaraciones adicionales sean útiles para avanzar en ambos sentidos.

Bibliografía

- Martínez González C, Fernández Álvarez R, Pere Casan C. Algunas precisiones obligadas sobre la silicosis. Arch Bronconeumol. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.09.004>
- Pérez-Alonso A, Córdoba-Doña JA, García-Vadillo C. Silicosis: diferencias relevantes entre marmolistas y mineros. Arch Bronconeumol. 2015;51:53-54.
- Pérez-Alonso A, Córdoba-Doña JA, Millares-Lorenzo JL, Figueroa-Murillo E, García-Vadillo C, Romero-Morillo J. Outbreak of silicosis in Spanish quartz conglomerate workers. Int J Occup Environ Health. 2014;20:26-32.
- Lopes AJ, Mogami R, Capone D, Tessarollo B, de Melo PL, Jansen JM. High-resolution computed tomography in silicosis: Correlation with chest radiography and pulmonary function tests. J Bras Pneumol. 2008;34:264-72.
- Sun J, Weng D, Jin C, Yan B, Xu G, Jin B, et al. The value of high resolution computed tomography in the diagnostics of small opacities and complications of silicosis in mine machinery manufacturing workers, compared to radiography. J Occup Health. 2008;50:400-5.
- Delgado García DD. Silicosis: Controversy in detection. Med Segur Trab. 2014;60:4-8.
- Madera J, Carballo M, Freijo J, Menéndez P, Fernández EM, Fernández P. Plan de Control de Silicosis en las marmolerías: Buenas prácticas desarrolladas en la Asociación de Marmolistas de Asturias. Litos: La revista de la piedra natural. 2013;118:44-52.

Aránzazu Pérez-Alonso^{a,*}, Juan Antonio Córdoba-Doña^b y Cristina García-Vadillo^c

^a Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España

^b Servicio de Salud Pública, Delegación Territorial de Salud y Bienestar Social de Cádiz, Cádiz, España

^c Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aran.21.3@hotmail.com (A. Pérez-Alonso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.10.014>

Expectoración hemoptoica como primera manifestación de un cáncer renal bilateral



Bloody Expectoration as First Manifestation of Bilateral Kidney Cancer

Sr. Director:

Las metástasis endobronquiales (MEB) son poco frecuentes y se han descrito en tumores de mama, colon, riñón y páncreas. Pueden no mostrar síntomas o manifestarse como tos, hemoptisis o disnea, y suelen diagnosticarse en el curso de la enfermedad inicial. Presentamos el caso de un triple tumor renal bilateral cuya primera manifestación fue la expectoración hemoptoica.

Varón de 76 años sin hábitos tóxicos, trabajador en minería de carbón. Como antecedentes destacan una pleuritis izquierda en su juventud, hipertensión arterial y diabetes; sin antecedentes familiares de interés. Remitido a neumología por expectoración de sangre roja desde hace días, precedida de tos en número 4-5/día. Sin fiebre, dolor torácico, disnea, síntomas extratorácicos, pérdida de peso ni hematuria. Exploración: buen estado general, con leve disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo sin adenopatías ni masas. En la analítica destaca glucosa = 125 mg/dl y microhematuria. Valores funcionales respiratorios normales. La Rx de tórax mostraba ateromatosis aórtica y paquipleuritis calcificada izquierda. La TC toraco-abdominal muestra una lesión nodular de 7 mm intraluminal en la porción inicial del bronquio principal derecho (BPD) y lesión expansiva heterogénea de 6,6 cm en polo renal derecho, y otra similar en el polo inferior de 3,7 cm. En el

polo superior del riñón izquierdo otra lesión de 2,6 cm. Se realizó fibrobroncoscopia encontrando 2 lesiones polipoideas vascularizadas, una en la cara anterior del BPD (fig. 1) y otra a la entrada del bronquio lobar inferior derecho. Las biopsias se informan como metástasis de carcinoma de células claras. Citologías de orina negativas para malignidad. Debido a la extensión de la enfermedad, no se plantearon medidas diagnósticas sobre las masas renales y se remitió a oncología para valorar tratamiento.

El cáncer renal (CR) representa el 3% de los tumores. El carcinoma de células renales es el subtipo más frecuente (85%). Suelen aparecer entre la sexta y séptima décadas, con preferencia en varones (2:1). Se manifiestan como hematuria (60%), dolor lumbar (40%) o masa (30-40%). Pueden asociar poliglobulia, hipercalcemia o síndrome de Sttauffer. Los CR bilaterales suponen el 0,4-6% de los casos, y pueden ser hereditarios (edades más tempranas) o esporádicos. Los últimos representan menos del 2% de los tumores sincrónicos bilaterales¹. Entre el 25-30% de los CR presentan metástasis al diagnóstico y el pulmón es el segundo órgano más afectado (36%). Las metástasis endobronquiales, descritas en diferentes tumores extratorácicos, son poco frecuentes (2% en autopsias de pacientes que fallecen por tumores de órgano sólido)². Su manifestación clínica no las diferencia de los tumores primitivos pulmonares (tos, hemoptisis, disnea o asintomáticos hasta el 60%)³. El intervalo medio hasta su diagnóstico suele ser de 41 meses^{4,5}.

Este caso reúne varias condiciones poco habituales: la hemoptisis lleva al diagnóstico del tumor primitivo renal, que tiene la peculiaridad de presentarse como 3 tumores sincrónicos bilaterales. La TC torácica, con poca sensibilidad para detectar las