

Histológicamente expresan actina y desmina, receptores de estrógeno y progesterona positivos y benignidad, como el bajo índice mitótico, ausencia de atipias y de necrosis tumoral³, producida por proliferaciones multifocales independientes de músculo liso que responden al estímulo hormonal, o por diseminación hematológica de un LU inicial^{3,4}. Los estudios citogenéticos apoyan su origen monoclonal. El curso suele ser indolente, salvo cuando la localización, el tamaño o el número de lesiones condicionan complicaciones⁵.

El tratamiento de la LPMB es conservador o quirúrgico, siendo preferible la escisión primaria siempre que sea posible⁴. En nuestro caso se reseco la masa paramediastínica para evitar complicaciones locales por compresión de estructuras mediastínicas adyacentes, ya que había aumentado de tamaño, y para confirmar la naturaleza de esta gran masa quística, muy distinta del resto de nódulos. En estas lesiones se aconseja su resección para evitar complicaciones, como la hemoptisis masiva y, además, descartar el leiomiomasarcoma de bajo grado. En el caso de lesiones no resecables se recomienda iniciar tratamiento hormonal⁴.

Concluimos que la LPMB debe considerarse en mujeres en edad reproductiva que presenten nódulos pulmonares múltiples con antecedentes de LU.

Bibliografía

1. Steiner PE. Metastasizing fibroleiomyoma of the uterus: Report of a case and review of the literature. *Am J Pathol.* 1939;15:89-110.7.
2. Taftaf R, Starnes S, Wang J, Shipley R, Namad T, Khaled R, et al. Benign metastasizing leiomyoma: A rare type of lung metastases-two case reports and review of the literature. *Case Rep Oncol Med.* 2014;2014:842801.
3. Fan D, Yi X. Pulmonary benign metastasizing leiomyoma: A case report. *Int J Clin Exp Pathol.* 2014;7:7072-5.
4. Goto T, Maeshima A, Akanabe K, Hamaguchi R, Wakami M, Oyamada Y, et al. Benign metastasizing leiomyoma of the lung. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2012;18:121-4.
5. Ma H, Cao J. Benign pulmonary metastasizing leiomyoma of the uterus: A case report. *Oncol Lett.* 2015;9:1347-50.

Patricia Pérez-Ferrer, Eusebi Chiner*, José Norberto Sancho-Chust y Mar Arlandis

Servicio de Neumología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: echinervives@gmail.com (E. Chiner).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.08.004>

Rinoconjuntivitis y asma ocupacional en una trabajadora de una fábrica de muebles



Rhinoconjunctivitis and occupational asthma in a furniture factory worker

Sr. Director:

Los trabajadores expuestos a harinas de cereales, no solo los panaderos, pueden desarrollar sensibilización y rinoconjuntivitis y/o asma ocupacionales frente a los alérgenos de las harinas^{1,2}.

Presentamos el caso de una mujer de 31 años de edad, que había trabajado en una fábrica de muebles durante 9 años y tenía antecedentes de rinoconjuntivitis alérgica leve y asma debidos a los ácaros del polvo. Además, había sufrido rinoconjuntivitis relacionada con su trabajo durante los últimos 3 años. Dos años antes de ser derivada a nuestro servicio, había comenzado a tener tos seca y dificultad para respirar, que también atribuía a su entorno de trabajo. Todos estos síntomas aumentaban minutos después de manipular harina de centeno (HC) para elaborar la cola usada para pegar las piezas en el montaje de muebles.

Las pruebas cutáneas dieron positivo con polen de gramíneas y olivo, *D. pteronissynus*, harina de trigo (HT) y HC. Las pruebas cutáneas con un extracto de HC y HT de fabricación propia (10% p/v) dieron lugar a una respuesta fuertemente positiva (pápulas de 10 y 12 mm, respectivamente). Los niveles de IgE específica (ImmunoCAP®, ThermoFisher, Uppsala, Suecia) fueron 4 kU/l para HC, 2,6 kU/l para *D. pteronissynus* y 2,1 kU/l para HT.

Una espirometría realizada mientras trabajaba mostró un FEV₁ de 2,40 l (82%) y un cociente FEV₁/FVC del 80%. También durante su jornada laboral, se realizó una prueba de provocación por inhalación de metacolina siguiendo un protocolo abreviado³ que resultó positiva (dosis acumulativa 0,21 mg).

En el laboratorio del hospital se realizó una prueba de provocación por inhalación específica vertiendo HC de una bandeja a otra, aumentando la duración de la exposición hasta un máximo de 15 min. La espirometría se realizó al inicio del estudio, después de cada exposición y a los 2, 5, 10, 15, 20, 30, 45, 60, 90 y 180 min

después, tras la provocación con HC. Se midió luego cada hora el flujo espiratorio máximo durante 24 h (excepto durante las horas de sueño). La exposición a la HC se interrumpió a los 2 min por tos y disnea. A los 5 min se midió un descenso del 70% en el FEV₁ con respecto a los valores basales (fig. 1). Un día antes se había realizado una provocación control con solución salina normal y no se habían observado cambios significativos.

Discusión

Los síntomas respiratorios del caso descrito se asociaron a la actividad laboral; la evolución de la paciente, junto con los resultados de las pruebas diagnósticas señalaron que tenía una enfermedad respiratoria alérgica ocupacional, provocada por la alergia mediada por IgE frente a HC inhalada.

Se deben tener en cuenta los alérgenos de la HC en el diagnóstico de asma ocupacional en panaderos, agricultores y molineros⁴. También se debe considerar la tarea realizada en el lugar de trabajo ya que, aunque no sea conocido que algunos trabajos puedan causar asma ocupacional debido a harinas, estas sustancias pueden utilizarse en ciertas circunstancias para tareas específicas, como en el caso que describimos¹.

Los trabajadores en riesgo de sensibilización son los atópicos que tienen que tamizar y mezclar ingredientes, como le sucedió a

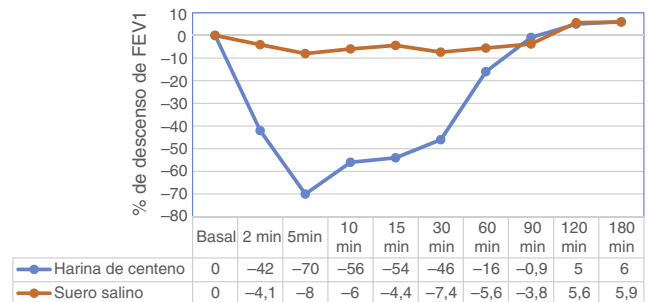


Figura 1. Prueba de provocación bronquial con harina de centeno.

nuestra paciente¹. Esta también mostró una hiperreactividad bronquial específica muy alta, similar a la encontrada por otros autores en casos de alergia a la HC⁵.

Describimos un raro caso de rinoconjuntivitis y asma ocupacional causados por HC en una trabajadora de una fábrica de muebles, una actividad que no suele relacionarse con enfermedad respiratoria ocupacional causada por harinas de cereales.

Bibliografía

1. Salcedo G, Quirce S, Díaz-Perales A. Wheat allergens associated with Baker's asthma. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2011;21:81–92.
2. Oshikata C, Tsurikisawa N, Saito A, Yasueda H, Akiyama K. Occupational asthma from exposure to rye flour in a Japanese baker. *Respirol Case Rep*. 2014;2:102–4.
3. Schulze J, Rosewich M, Riemer C, Dressler M, Rose MA, Zielen S. Methacholine challenge-comparison of an ATS protocol to a new rapid single concentration technique. *Respir Med*. 2009;103:1898–903.
4. Letran A, Palacín A, Barranco P, Salcedo G, Pascua C, Quirce S. Rye flour allergens: An emerging role in baker's asthma. *Am J Ind Med*. 2008;51:324–8.
5. Letran A. Alergenos de la harina de centeno: papel emergente en el asma del panadero (archivos selección). *Arch Prev Riesgos Labor*. 2008;11:224–5.

Elisa Gómez-Torrijos*, Yesica Mendez Núñez
y Rosa García Rodríguez

Departamento de Alergología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: egomezcr@gmail.com (E. Gómez-Torrijos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.08.008>