

Fig. 1. Quiste hidatídico de LM vomicado y quiste puro en LII.

se objetivó una imagen cavitada en la zona pulmonar media derecha con signo del "camalote" en su interior y masa redondeada bien delimitada en la base izquierda, indicativo de hidatidosis pulmonar (fig. 1). La TAC toracoabdominal confirmaba la presencia en LM de un quiste hidatídico vomicado de 76,3 mm con membrana retenida y un quiste puro de 71,3 mm localizado en LII, sin otras anomalías en la cavidad torácica ni abdominal. En la analítica destacaba una eosinofilia en sangre del 11,6%, la serología hidatídica fue negativa y en las pruebas funcionales respiratorias la capacidad vital era del 79% y el FEV₁ del 78%.

La elección del lado sobre el que actuar primero, sobre todo en casos con estadios evolutivos diferentes, suele ser motivo de discusión. Hay partidarios de actuar primero sobre el lado con quiste vomicado, ya que es el causante de la sintomatología, y en un segundo tiempo actuar sobre el quiste puro; mientras que otros prefieren comenzar por el quiste entero precisamente para evitar que se complique.

Al tratarse de un paciente joven y con localización de sus quistes en la zona anterior del derecho y laterobasal el izquierdo, decidimos actuar en un solo tiempo sobre ambos a través de una toracotomía anterior bilateral transternal por el quinto espacio. Bajo intubación selectiva en primer lugar realizamos, en el lado derecho, extracción de la membrana hidatídica retenida del quiste vomicado del LM, periquistectomía prácticamente total dejando un pequeño fragmento a nivel hilar, suturando con puntos reabsorbibles las fugas aéreas y pulverizando pegamento de fibrina en la superficie parenquimatosa. Posteriormente, en el lado izquierdo, parto del quiste con Pérez-Fontana (periquistectomía) total. El postoperatorio transcurrió sin ninguna incidencia con retirada de drenajes al quinto día y alta hospitalaria al octavo día. El paciente revisado en consultas externas está totalmente asintomático a los 6 meses de la intervención.

La toracotomía anterior bilateral transternal o incisión *clamshell* se ha empleado, como ya hemos comentado, en el trasplante pulmonar bilateral secuencial, pero también en pacientes con neumotórax bilateral, cirugía de las metástasis pulmonares², pacientes

con tumores mediastínicos³, carcinomas primarios de pulmón con afectación mediastínica⁴, compleja patología cardiopulmonar en niños, implantación de desfibriladores, mediastinitis descendente necrosante⁵, bronquiectasias, etc.

En la revisión de la bibliografía realizada no hemos encontrado más que otro paciente con hidatidosis pulmonar bilateral operado con esta incisión⁶. En este caso, la localización anterior de los quistes, a pesar del diferente estado evolutivo, fue determinante a la hora de elegir el abordaje.

Con respecto a la esternotomía media presenta una serie de ventajas: óptima exposición de todas las estructuras anatómicas intratorácicas, mejor acceso a los lóbulos inferiores, escasa morbilidad y buen resultado estético. Como inconvenientes podemos citar la posibilidad de acabalgamiento de la sutura esternal con el tiempo y la inutilización de las arterias mamarias internas para un futuro *bypass* coronario. En cuanto al dolor, éste es muy similar en las dos incisiones.

Nuestra propia experiencia y la aportación cada vez mayor de trabajos sobre indicaciones, técnica y resultados con esta antigua pero renovada incisión, nos lleva a recomendar su utilización en casos seleccionados de patología pleuropulmonar bilateral.

J.J. Rivas de Andrés, M. Deu y J. Peñalver
Unidad de Cirugía Torácica.
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

1. Torre W, Rivas de Andrés JJ, Torres J, Sobrido F. Toracotomía bilateral transternal en el tratamiento del neumotórax bilateral complicado. Arch Bronconeumol 1996; 32: 366-368.
2. Shimizu J, Oda M, Morita K, Watanabe S, Ohta Y, Hayashi Y et al. Evaluation of the clamshell incision for bilateral pulmonary metastases. Int Surg 1997; 82: 262-265.
3. Wright C. Transverse sternothoracotomy. Chest Surg Clin North Am 1996; 6: 149-156.
4. Bains MS, Ginsberg RJ, Jones WG, McCormack PM, Rusch VW, Burt ME et al. The clamshell incision: an improved approach to bilateral pulmonary and mediastinal tumor. Ann Thorac Surg 1994; 58: 30-32.

5. Ris HB, Banic A, Furrer M, Caversaccio M, Cerny A, Zbaren P. Descending necrotizing mediastinitis: surgical treatment via clamshell approach. Ann Thorac Surg 1996; 62: 1.650-1.654.
6. Varela G, Jiménez M. Toracotomía anterior transternal para el abordaje quirúrgico de la patología torácica bilateral. Arch Bronconeumol 1997; 33: 108.

Carcinoma broncogénico y bronquiolitis obliterante con neumonía organizada

Sr. Director: La bronquiolitis obliterante con neumonía organizada (BONO) es una entidad anatomoclínica, caracterizada por la presencia de un exudado de tejido conectivo organizado en los espacios aéreos distales, asociada a un cuadro clínico subagudo de fiebre, tos y disnea, e infiltrados radiológicos. La mayoría son idiopáticos, pudiéndose asociar a infecciones, conectivopatías, fármacos y otras etiologías^{1,2}. Su asociación con neoplasias es rara. Presentamos un caso de BONO difuso bilateral asociada a carcinoma broncogénico (CB) localizado, no habiendo encontrado ningún otro caso en la bibliografía revisada.

Varón de 79 años, fumador importante con diabetes mellitus tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales con cuadro de 3 meses de tos y expectoración, disnea de moderados esfuerzos, síndrome constitucional y febrícula. Estertores crepitantes gruesos en bases pulmonares y acropaquias. Radiografía de tórax con infiltrados alveolares periféricos bilaterales de predominio basal. La TC torácica evidenció una masa de 6 cm de diámetro en el lóbulo inferior izquierdo e infiltrados alveolares parcheados bilaterales (fig. 1). Broncofibroscopia: sin lesión endobronquial. Cultivos de hongos, virus, bacterias y micobacterias negativos. Autoanticuerpos negativos. Biopsia transbronquial (BTB) del lóbulo inferior derecho: parénquima pulmonar con yemas fibrosas intraalveolares e intrabronquiales compatible con BONO. Punción-aspiración con aguja fina dirigida por TC de la masa izquierda: carcinoma no microcítico. Se inicia tratamiento con prednisona 40 mg/día durante 3 meses con mejoría clínica y resolución radiológica de los infiltrados. A los 2 meses se realiza una lobectomía inferior izquierda: carcinoma epidermoide (TNMp T2N1M0); biopsias de llingula: normal. A los 6 meses de la cirugía, el paciente permanece asintomático con radiografía y TC torácica de control sin nuevos infiltrados.

La BONO, en su mayoría idiopática, puede ser secundaria a otros procesos como las neoplasias. En la búsqueda realizada encontramos referencias sobre su asociación con sarcoma osteogénico y neoplasias hematológicas principalmente en niños³⁻⁵. En ningún caso hemos encontrado dicha asociación en relación con CB excepto histológicamente en la periferia del tumor⁶. El criterio de referencia para el diagnóstico de la BONO es la biopsia pulmonar abierta con el patrón histo-

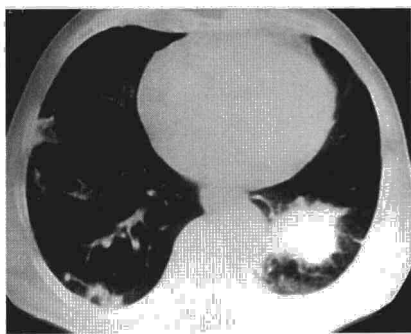


Fig. 1. TC torácica antes del tratamiento. Masa en el lóbulo inferior izquierdo e infiltrados alveolares periféricos bilaterales de predominio en el hemitórax derecho.

lógico característico. Una BTB compatible con BONO, en presencia de un cuadro clínico característico, se admite que puede ser suficiente para su diagnóstico¹. El tratamiento de elección son los corticoides a dosis de 1 mg/kg de peso, con reducción progresiva hasta su retirada durante un mínimo de 6 meses¹. En este paciente, la clínica, la exploración y la radiología simple de tórax son compatibles con el diagnóstico de BONO, junto con la BTB del lóbulo inferior derecho y la buena respuesta a los corticoides. Por otro lado, la existencia de acropaquias y una masa en la TC torácica no compatibles con BONO nos hicieron profundizar en el estudio hasta llegar al diagnóstico de CB. Descartadas otras causas de BONO y excluida la presencia de metástasis pulmonares como causa de los infiltrados con biopsias intraoperatorias, junto con la ausencia de recidiva tras la resección tumoral y la suspensión del tratamiento con esteroides, nos hace suponer que la BONO sea secundaria o esté asociada a la presencia del CB. En resumen, presentamos un paciente con un cuadro simultáneo de BONO y CB, en el que pensamos que el primer diagnóstico está asociado a la neoplasia pulmonar.

M. Rodrigo Garzón, S. Asensio Sánchez
y A. López Encuentra
Servicio de Neumología. Hospital
Universitario 12 de Octubre. Madrid.

- Katzenstein A. Acute lung injury patterns. En: Katzenstein A, editor. *Katzenstein and Askin's surgical pathology of non-neoplastic lung disease* (3.ª ed.). Filadelfia: W.B Saunders Company, 1997; 32-40.
- Epler GR, Colby TV, McLoud TC, Carrington CB, Gaensler EA. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *N Engl J Med* 1985; 312: 152-158.
- Helton KJ, Kuhn JP, Fletcher BD, Jenkins III JJ, Parham DM. Bronchiolitis obliterans-organizing pneumonia (BOOP) in children with malignant disease. *Pediatr Radiol* 1992; 22: 270-274.
- D'Alessandro MP, Kozakewich HPW, Cooke KR, Taylor GA. Radiologic-Pathologic conference of Children's Hospital Boston: new pulmonary nodules in a child undergoing treatment for a solid malignancy. *Pediatr Radiol* 1996; 26: 19-21.

- Romero S, Martín C, Massutí B, Aranda I, Hernández L. Malignant lymphoma in a patient with relapsing bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *Chest* 1992; 102: 1.895-1.897.
- Colby TV. Pathologic aspects of bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *Chest* 1992; 102: 38-43.

Requisitos para la declaración de la tuberculosis como enfermedad profesional

Sr. Director: La información sobre las enfermedades profesionales en nuestro país es escasa. Por tanto es de agradecer la carta de Rodríguez Bayarri¹ sobre el proceso de declaración de la tuberculosis como enfermedad profesional. Sin embargo, desearíamos formular algunos comentarios sobre aspectos que quizás en dicha carta no se han precisado lo suficiente. Nos referimos concretamente a los requisitos para la declaración de la tuberculosis como enfermedad profesional y a las medidas que pudieran ser adoptadas para un mejor conocimiento de su incidencia.

El reconocimiento de una enfermedad como profesional no solamente requiere que la misma esté comprendida en la lista de enfermedades profesionales de 1978² (donde se recoge la tuberculosis y la lista de trabajos con riesgo de producirla), ampliada en 1993 con la inclusión del síndrome de Ardstyl, sino que además el trabajo debe ser realizado por cuenta ajena³. En los trabajadores autónomos, así como en las empleadas de hogar, la enfermedad a efectos legales sólo puede considerarse como enfermedad común, independientemente de la causa que la motive. Esto supuso en 1996, según la encuesta de población activa del Instituto Nacional de Estadística, que de una población de 12.396.000 ocupados, 3.412.900 trabajadores quedarían excluidos del reconocimiento de enfermedad profesional. En cuanto al sistema de declaración nos gustaría añadir que es la empresa quien extiende el "parte de enfermedad profesional". Una vez estudiado el cuadro por los servicios médicos (de empresa, de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales o los del Instituto Nacional de la Salud) y reconocido su carácter profesional, este "parte" es remitido a la autoridad laboral (Inspección de Trabajo), siendo ésta la encargada del registro y procesamiento de datos, así como de la vigilancia de las condiciones de trabajo en las empresas, pudiendo modificarlas. En caso de disconformidad con la decisión adoptada, los trabajadores pueden solicitar el reconocimiento de que su enfermedad y las secuelas de incapacidad o invalidez sean de origen profesional, reconocimiento que realiza la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social una vez emitidos los informes médicos por los equipos de valoración de incapacidades del citado organismo⁴. La finalidad de la declaración de una enfermedad como profesional es doble; por una parte, es mayor la compensación económica para el trabajador en caso de incapacidad, invalidez o muerte y, por otro, permite la

modificación de las condiciones de trabajo y la elaboración de planes de prevención a fin de evitar o disminuir la incidencia de las mismas.

Coincidimos plenamente con Rodríguez Bayarri cuando dice que se desconoce la prevalencia de la tuberculosis como enfermedad profesional, motivado no solamente por una deficiente declaración, sino también por las características del sistema de registro de estas enfermedades. La escasa declaración, en nuestra experiencia extensible a todas las enfermedades pulmonares profesionales⁵, puede atribuirse a las consecuencias que su realización tiene para los agentes implicados (inversiones por los empresarios para modificar las condiciones de trabajo, el trabajador puede ver peligrar su continuidad en la empresa y las mutuas deben hacer frente a gastos médicos y de compensación de la incapacidad transitoria) y a la falta de información en patología laboral de profesionales sanitarios, empresarios y trabajadores. Las estadísticas obtenidas de la explotación de los partes de esta enfermedad solamente permiten conocer el número de casos declarados de tuberculosis bovina, estando el resto englobadas junto con otros procesos en un apartado genérico denominado contactos en hospitales⁶.

En resumen, de todo lo expuesto se puede concluir que para la obtención de una información fidedigna y relevante sobre la prevalencia de esta y otras enfermedades profesionales debería simplificarse el proceso de declaración, incluir a todos los trabajadores, informar sobre los mecanismos de prevención a profesionales sanitarios, empresarios y sindicatos y elaborar un sistema de registro que permita la realización de estudios epidemiológicos que sirvan de base para la promoción de la salud laboral.

M.T. Antolín García
y A.M. Ferreras de la Fuente*
Unidad de Neumología. Hospital Virgen de
la Concha de Zamora. *Unidad de Salud
Laboral del INSALUD.
Salamanca.

- Rodríguez Bayarri MJ. Tuberculosis-enfermedad profesional [carta]. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 412-413.
- Real Decreto 1995 de 12 de Mayo de 1978. Cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social. Madrid: BOE n.º 203 de 25 de agosto, 1978.
- Artículo 116 del Real Decreto 1 de 20 de junio de 1994, texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Madrid: BOE n.º 154 de 29 de junio, 1994.
- Artículo 1 del Real Decreto 1300 de julio de 1995. Incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social. Madrid: BOE n.º 198 de 19 de agosto, 1995.
- Antolín García MT, Ferreras de la Fuente A, Palacios Honorato A, Terleira Borja M. Evaluación del grado de declaración de las enfermedades pulmonares profesionales en Zamora: 1990-1996. *Med Segur Trab* 1998; 176: 19-25.
- Subdirección General de Estadística. Anuario de estadísticas laborales y Asuntos Sociales. Madrid: Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales. Publicación Anual.