



CARTAS AL DIRECTOR

¿Asma bronquial o síndrome del edificio enfermo?

Sr. Director: Desde hace unos 20 años vienen describiéndose alteraciones en la salud de los trabajadores de oficinas atribuidas a los edificios y que se clasifican en dos categorías: las enfermedades relacionadas con los edificios (ERE) y el síndrome del edificio enfermo (SEE)¹. Las ERE, entre las que se encuentran el asma, neumonitis por hipersensibilidad, sinusitis, fiebre del humidificador, ciertas enfermedades infecciosas y dermatitis, se producen en relación con la contaminación microbiana de los sistemas de acondicionamiento del aire y por la presencia de sustancias químicas irritantes ambientales¹. El SEE es un conjunto de molestias inespecíficas que consisten en irritación ocular y de garganta, cefalea, irritabilidad, dificultad de concentración, mareos, rinitis, obstrucción nasal, irritación y sequedad cutáneas, hemorragias nasales y también síntomas similares al asma, éstos con una frecuencia² entre 1,1 y 9,6% y consistentes en tos, opresión torácica, dificultad respiratoria y sibilancias. Hay autores que consideran al SEE como un estadio evolutivo previo a una ERE¹. Describimos el caso de una paciente que presentó un cuadro clínico compatible con SEE y síntomas similares al asma.

Se trataba de una mujer de 41 años sin hábitos tóxicos ni antecedentes de atopía y sin criterios de bronquitis crónica. Enfermedad de Still tratada con AINE. Prótesis de cadera en 1982. Trabajaba como administrativa en un local de oficinas desde su inauguración en 1978. El local disponía de aire acondicionado desde 1988, carecía de ventilación e iluminación naturales, con ventanas selladas, y presentaba manchas de humedad. El sistema de acondicionamiento del aire no se limpiaba ni renovaba el aire adecuadamente. La paciente acudió a nuestra consulta por presentar episodios, cada vez más frecuentes e intensos, de tos irritativa acompañada de disnea, sibilantes y opresión torácica desde hacía 3 años y que se iniciaban siempre a los pocos minutos de acudir al lugar de trabajo y desaparecían al cabo de 8 a 10 horas, sin relación con las estaciones. Se encontraba asintomática durante los fines de semana y vacaciones. Refería además obstrucción nasal, rinorrea, irritación ocular, cefalea, mareos, astenia y molestias faríngeas con sensación de sequedad, todo ello relacionado con la jornada laboral y que mejoraba al salir a la calle. Desde que dejó hace varios meses su lugar de trabajo se encuentra mucho mejor. A la exploración presentaba roncus diseminados, siendo normal el resto de la exploración. El hemograma, VSG, elemental de orina e IgE total (13 kU/l) fueron normales. Factor reumatoide negativo. El *prick-test* a aeroalergenos comunes, incluyendo *Aspergillus fumigatus*, fue negativo. El RAST frente a *A. fumigatus* y *D. pteronyssinus* fue también negativo lo mismo que las precipitinas frente a *A. fumigatus*, *flavus*, *niger*, *nidulans* y *C. albicans*. La radiografía de tórax fue normal. Tres espirometrías realizadas en di-

versos momentos fueron normales. Se monitorizó la medición del pico-flujo durante 12 días con tres mediciones diarias dentro y fuera de su lugar de trabajo sin que se obtuvieran variaciones significativas. Test de broncodilatación repetido en tres ocasiones: no significativo. Meses después se practicaron dos tests de metacolina que resultaron normales. Muchas de las molestias menores que presentaba la paciente las referían también sus compañeros de trabajo, a uno de los cuales hemos podido entrevistar, hasta el punto en que motivaron una inspección técnica del organismo laboral competente que informó de las malas condiciones ambientales del local.

Aunque se han descrito casos de asma en relación con edificios³, la sintomatología de la paciente la hace encuadrable dentro del SEE, con la particularidad poco frecuente de que se asocia a un cuadro clínico típico de asma pero no se pudo demostrar en ningún momento obstrucción al flujo aéreo, variaciones significativas en el pico-flujo, sensibilización atópica ni hiperrreactividad bronquial, por lo cual descartamos la existencia de asma bronquial. No se han identificado agentes etiológicos específicos del SEE aceptándose que contribuyen dos o más determinados agentes físicos, biológicos, químicos y psicosociales en relación con ventilación inadecuada de los edificios, contaminación microbiana de determinados materiales de las oficinas, la existencia de compuestos orgánicos volátiles provenientes de diversas fuentes y situaciones de estrés^{1,4,5}. No se han establecido los criterios para hacer el diagnóstico en casos individuales del SEE, sin embargo, suele aparecer en grupos, afectando a varios trabajadores dentro de un determinado edificio o en un área del mismo, y los síntomas se relacionan con la semana laboral⁴.

El interés de este caso radica en el hecho de que un cuadro clínico similar al asma podría llevarnos, como caso centinela³, a descubrir alteraciones en el medio laboral que requerirían su corrección, aunque difícil de realizar en muchos casos, para evitar tan molesta sintomatología y su posible progresión.

J.A. Díaz Pedreira, M. Suárez Rodríguez
y J. Abal Arca
Servicio de Neumología.
Complejo Hospitalario Xeral-Cies, Vigo.

- Hodgson MJ. Calidad del aire en espacios cerrados. *Allergy Proceedings* 1992; 6(3):25-38.
- Samet JM, Marbury MC, Spengler JD. Health Effects and Sources of Indoor Air Pollution. Part II. State of Art. *Am Rev Respir Dis* 1988; 137:221-242.
- Hoffman RE, Wood RC, Kreiss K. Building-Related Asthma in Denver Office Workers. *Am J Public Health* 1993; 83:89-93.
- American Thoracic Society. Environmental Controls and Lung Disease. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142:915-939.
- Bardana EJ Jr. Building-related Illness. En: Bardana EJ Jr, Montanaro A, O'Hollaren MT, editores. *Occupational Asthma*. Filadelfia: Hanley & Belfus, Inc., 1992; 237-254.

Lobectomía inferior izquierda por cirugía videoasistida

Sr. Director: La videotoroscopia ha revolucionado, en los últimos meses, el desarrollo de la cirugía torácica. Las biopsias pulmonares, la resección de bullas en los neumotórax y la extirpación de nódulos pulmonares periféricos son ya una práctica habitual mediante esta técnica videotoroscópica¹. Las resecciones pulmonares mayores -lobectomía y neumonectomía-, precisaban hasta hoy de una incisión de toracotomía posterolateral más o menos amplia. La aparición de la cirugía vídeo-asistida permite, en casos seleccionados, la resección pulmonar mediante una toracotomía mínima².

Presentamos el caso de un varón de 63 años de edad, portador de una masa pulmonar periférica de 5 cm en el lóbulo inferior izquierdo (fig. 1), con BAS positivo para carcinoma. Tras una estadificación y estudio preoperatorio sin contraindicación para la cirugía, bajo anestesia general e intubación orotraqueal con tubo de doble luz, se colocó al paciente en la misma posición requerida para una toracotomía izquierda clásica. Con ventilación selectiva derecha se practicó una incisión de 1 cm, dos espacios por debajo de la punta escapular, por la colocación de un trocar de 10 mm por donde se introduce la óptica conectada a una videocámara. La inspección de la cavidad torácica izquierda no reveló otras lesiones pleurales, mediastínicas ni pulmonares más que la conocida masa pulmonar en el lóbulo inferior izquierdo, paraaórtica. Mediante dos incisiones adicionales de 5 mm para la introducción de la pinceria endoscópica, se secciona el ligamento pulmonar inferior hasta la vena pulmonar inferior y se libera de adherencias la cisura hasta identificar la arteria segmentaria del B6 y el tronco basal izquierdo. En ese momento se practicó una incisión posterior de 8 cm, preservando el serrato anterior, que permitía la introducción de dos dedos para asegurar las ligaduras de las arterias y vena pulmonar inferior, así como la introducción de la máquina de autosutura endoscópica con la que suturamos el bronquio, extrayendo la pieza de lobectomía. Siempre con el apoyo visual del monitor, realizamos un muestreo de los ganglios periesofágicos, subcardinales, de la ventana aortopulmonar y del mediastino anterior.

La anatomía patológica fue de un adenocarcinoma poco diferenciado de 6 cm de diámetro, metastásico a un ganglio hilar y los mediastínicos libres de tumor -estadio II, T₂ N₁ M₀-. El curso postoperatorio no presentó complicaciones, precisando el paciente un analgésico habitual diario, y se retiró el drenaje torácico al tercer día y fue dado de alta al sexto día.

La cirugía videotoroscópica ha permitido plantearse la realización de intervenciones más complejas, a través de incisiones de toracotomía mínimas, con la ayuda de la videocámara y la instrumentación endoscópica³. La trepidante carrera hacia la cirugía mínimamente invasiva, junto a la cada vez mayor experiencia con la cirugía videotoroscópica, ha hecho cambiar de opinión a varios autores, incluidos nosotros, en cuanto a la imposibilidad de una correcta resección pulmonar y estadificación sin una toracoto-