

Fig. 1. TAC torácica. Masa pulmonar izquierda paraaórtica extirpada mediante lobectomía inferior por cirugía videoasistida.

continuar los estudios en todos los lugares del país donde existe la industria de cantería para conocer la prevalencia de silicosis y, lo que a nuestro juicio tiene gran importancia, sensibilizar al trabajador para que ponga en marcha las medidas de prevención necesarias, como estamos intentando hacer en nuestra comarca.

E. Úbeda, J.M. Sibón y M. Valle
Hospital El Escorial (CAM).
San Lorenzo del Escorial. Madrid.

I. Úbeda E, Sibón JM, Valle M, Muñoz F. Epidemiología de la silicosis en la comarca del Escorial. Rev Clin Esp 1990; 187:275-279.

mía clásica^{1,4}. Nos atreveríamos a decir que la visión aumentada a través del monitor es incluso mejor que la visión directa, y que el muestreo ganglionar y la linfadenectomía es factible por esta técnica.

Como en la cirugía videotoroscópica, la reducción considerable del dolor y recuperación postoperatorios pueden hacer que, en el futuro, la cirugía videoasistida sea el primer paso en las resecciones pulmonares y, posiblemente, de la mayoría de procesos quirúrgicos intratorácicos. La evaluación endoscópica determinará entonces la necesidad de incisiones más amplias.

L. Molins y G. Vidal

Servicio de Cirugía Torácica.
Hospital del Sagrado Corazón. Barcelona.

- Molins L, Vidal G. Cirugía Videotoroscópica. Arch Bronconeumol 1993; 29:77-79.
- Lewis RJ. Imaged thoracic surgery: a technique for minimally invasive thoracic surgery. Presentado en la Society of Thoracic Surgeons, 25th Postgraduate Program, Orlando, FL, febrero de 1992.
- Lewis RJ, Caccavale RJ, Sisler GE. Imaged thoracoscopic surgery: a new thoracic technique for resection of mediastinal cysts. Ann Thorac Surg 1992; 53:318-320.
- Lewis RJ, Sisler GE, Caccavale RJ. Imaged thoracic lobectomy: Should it be done? Ann Thorac Surg 1992; 54:80-83.

simple y seis (3,2%) FMP (uno de ellos síndrome de Caplan). Es decir, diagnosticamos silicosis en el 50,5%.

Posiblemente esta gran diferencia se deba a que nuestra muestra presentó estas tres características: 1) una exposición al riesgo pulvígeno más larga (el grupo no silicótico 24,5 ± 13,3 años y el grupo silicótico 34,1 ± 11 años); 2) todos fueron trabajadores autónomos (no trabajan en naves industriales con maquinaria moderna de corte y pulimento con agua); 3) un grupo muy importante de la muestra trabajó la labra, hace años, en las peores condiciones de hacinamiento, como queda reseñado en el estudio.

Igual que a los referidos autores, nos sorprendió el resultado del análisis del polvo respirable en las diferentes labores de cantería por su alto contenido en SiO₂ y polvo (tabla I), sobrepasando en mucho los límites recomendados por la CEE: cuando el polvo contenga más del 5% de SiO₂, el límite de nivel pulvígeno que no se debe sobrepasar viene dado por el cociente 25/100 de SiO₂. Así en la labor de "arranque" el límite del polvo sería (25/17) de 1,47 mg/m³, en la labor de "labra con maquinaria" (25/24,5) de 1,02 mg/m³ y en la "labra a mano" (25/21,6) de 1,15 mg/m³ (compárese estas cifras con las de la tabla I).

Igualmente encontramos que las diferencias en la función pulmonar entre los grupos no silicótico y silicótico no eran estadísticamente significativas aunque en este último las cifras de FVC, FEV1 y TLCO eran ligeramente inferiores.

Por estos resultados, estamos de acuerdo con los autores citados, en que es necesario

Neumotórax y acupuntura

Sr. Director: Los neumotórax se definen como la presencia de gas en el espacio pleural, calcificándose en espontáneos, traumáticos o iatrogénicos. Los primeros se subdividen en primarios o secundarios según exista o no patología subyacente¹. Los neumotórax de cualquier tipo son más frecuentes en varones. El antecedente familiar en los espontáneos primarios existe en el 4,42% de las mujeres y en el 2,29% de los varones².

Presentamos el caso de una mujer de 48 años, sin antecedentes personales de interés. Como antecedentes familiares destacaba una hija de 18 años, que 2 años antes había sido sometida a pleurodesis quirúrgica por tres episodios de neumotórax izquierdos primarios. Esta paciente acudió al servicio de urgencias por notar durante las últimas 48 horas disnea progresiva hasta hacerse de reposo, acompañada de sensación de opresión en hemitórax izquierdo. La radiografía de tórax confirmó la sospecha clínica, demostrando la existencia de neumotórax izquierdo a tensión sin otros hallazgos. Se procedió a colocar tubo de drenaje torácico con expansión completa del pulmón, retirándose al tercer día y es dada de alta hospitalaria con el diagnóstico de neumotórax espontáneo primario.

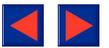
Remitida la paciente a consulta externa de neumología, en la búsqueda de un factor

Silicosis en la industria del granito

Sr. Director: En la comunicación "Datos preliminares del estudio epidemiológico realizado en la industria del granito en la comunidad autónoma de Extremadura", presentada por C. Martínez et al en el XXVI Congreso SEPAR, sólo dan un 5,1% de neumoconiosis simple en una muestra de 158 trabajadores del granito. Nosotros en una investigación sobre la incidencia de silicosis en los canteros de la comarca de El Escorial¹ encontramos que de una muestra de 186 trabajadores, 88 (47,3%) presentaron silicosis

TABLA I

| | Arranque (barrenos, etc.) | Labra a máquina (radial, etc.) | Labra a mano (puntero, etc.) |
|---------------------------|---|--|------------------------------|
| SiO ₂ (%) | 17 | 24,5 | 21,6 |
| Polvo(mg/m ³) | 12,7-33 | 20-26 | 17-21 |
| Nódulos | "p" 57,1 % "q" 10,7 % "r" 10,7 % | "p" 36,9 % "q" 39,1 % "r" 17,3 % | FMP 5 casos |
| Profusión | FMP 1 caso "1" 89,2 % "2" 10,7 % "3" 0,0 % | "1" 73,9 % "2" 15,2 % "3" 10,8 % | |



etiológico, se descubre que estaba siendo sometida a sesiones de acupuntura por dolores de espalda. Fue al colocar una de las agujas sobre la pared torácica izquierda cuando siente dolor brusco, acompañado de malestar y disnea leve, que fue haciéndose más intensa en las horas siguientes.

Los efectos secundarios de la acupuntura son muy variados, e incluyen lesiones de órganos internos como perforación de vísceras abdominales, lesiones de medula espinal, taponamiento cardíaco, etc.³ El neumotórax secundario a acupuntura ha sido descrito desde 1973. En general son unilaterales y se dan en pacientes sin enfermedad pulmonar de base, por lo que suelen tener buen pronóstico⁴, e incluso pasan horas o días hasta que se reclama atención médica⁵, como ocurrió en nuestro caso. Cuando es bilateral o afecta

a pacientes con enfermedad neurológica previa, las consecuencias pueden ser fatales⁶.

La acupuntura como causa de neumotórax deberá ser tenida en cuenta, dada la creciente demanda de esta terapéutica en nuestro medio. El interrogar sobre este antecedente en neumotórax, presuntamente idiopático, puede evitar que esta causa pase inadvertida, como ocurrió en el caso que presentamos, y ahorrar exploraciones innecesarias.

**M.L. Mateo Lázaro, P.V. Teller Juste
y F. Berisa Losantos**
Sección de Neumología.
Hospital Obispo Polanco. Teruel.

1. Fishman AP. Tratado de Neumología (2.ª ed.). Vol. 3. Barcelona, Doyma, 1991.

2. Nakamura H, Konishiike T, Sugamura A, Takeno Y. Epidemiology of Spontaneous Pneumothorax in women. *Chest* 1986; 89:378-382.
3. Carron H, Epstein BS, Grand B. Complications of acupuncture. *JAMA* 1974; 228:1.552-1.554.
4. Wright RS, Kupperman JL, Liebhaber MI. Bilateral tension pneumothoraces after acupuncture. *West J Med* 1991; 154:102-103.
5. Morrone N, Freire JA, Ferreira AK, Dourado AM. Iatrogenic Pneumothorax caused by acupuncture. *Rev Paul-Med* 1990; 108:189-191.
6. Henneghien C, Bruar J, Remacle P. A new iatrogenic pathology: Pneumothorax after acupuncture. *Rev Pneumol Clin* 1984; 40:197-199.