

## Mesotelioma pleural maligno en adulto joven sin exposición conocida al asbesto. ¿Se puede descartar realmente la exposición a asbesto?



### *Malignant pleural mesothelioma in a young adult with no known exposure to asbestos. Can asbestos exposure be truly ruled out?*

Sr. Director:

Hemos leído con interés la carta científica de Espinosa Muñoz et al. en la que se describe el caso de una mujer joven afecta de un mesotelioma maligno<sup>1</sup>. El principal mensaje del trabajo es poner de manifiesto la posibilidad de la aparición de un mesotelioma sin exposición conocida al asbesto. En efecto, en todas las series publicadas, existe un porcentaje de pacientes, alrededor del 20%, en los que no se puede confirmar dicha exposición<sup>2</sup>. En estos casos se ha invocado la exposición a erionita en algunas zonas de Turquía y el efecto del SV-40 virus o la irradiación previa, como comentan los autores.

Sin embargo, también debe tenerse en cuenta la posibilidad de una exposición a asbesto inadvertida. Haciendo hincapié en esta última hipótesis, echamos en falta algunos datos que permitirían concluir que en el caso expuesto no ha existido exposición a asbesto. En primer lugar, debería constar la ausencia de exposición ambiental o doméstica, dado que se han descrito mesoteliomas por vecindad con diversas industrias, como las fábricas de fibrocemento<sup>3</sup> o relacionadas con determinados utensilios o instalaciones en el hogar. Teniendo en cuenta que no existe un dintel de seguridad de exposición al asbesto para el desarrollo de mesotelioma, una exposición ambiental o doméstica en los primeros años de la vida podría haber causado el tumor 20 años después. Por otra parte, queremos señalar que, en un caso excepcional como este, hubiera sido muy orientativo el análisis del contenido de asbesto en la pieza de resección quirúrgica. Esta técnica, con la que nuestro grupo está familiarizado, permite la determinación de los cuerpos de asbesto presentes en el pulmón, expresados como número de cuerpos por gramo de tejido pulmonar seco. El número de cuerpos de asbesto mantiene una buena correlación con el número de fibras y es un dato indicativo del asbesto retenido en el pulmón tras su inhalación, especialmente en el caso de la variedad anfibólica. Dado

que dicho examen se efectúa sobre tejido pulmonar sobrante tras su estudio histológico, resulta de gran interés en los casos como el presente, en los que se dispone de una muestra adecuada.

De hecho, no es infrecuente que el estudio del pulmón aporte la evidencia de una exposición a asbesto que ha pasado inadvertida al propio paciente<sup>4</sup>. En las enfermedades derivadas del asbesto, el diagnóstico se basa principalmente en el antecedente de exposición aportado por el propio paciente junto con un cuadro clínico y radiológico sugestivos. Sin embargo, en casos dudosos como el presente, en los que existe una desproporción entre los hallazgos radiológicos o histológicos con los datos obtenidos en la anamnesis, resulta de interés disponer de una evidencia objetiva de dicha exposición, lo cual puede tener claras repercusiones diagnósticas y médico-legales<sup>5</sup>.

### Bibliografía

- Muñoz E, Ramírez Ocaña D, Gutierrez Cardo AL. Mesotelioma pleural maligno en adulto joven sin exposición conocida al asbesto. Arch Bronconeumol. 2016;52:615-6.
- Jasani B, Gibbs A. Mesothelioma not associated with asbestos exposure. Arch Pathol Lab Med. 2012;136:262-7.
- Tarres J, Abós-Herrándiz R, Albertí C, Martínez-Artés X, Rosell-Murphy M, García-Allas I, et al. Enfermedad por amianto en una población próxima a una fábrica de fibrocemento. Arch Bronconeumol. 2009;45:429-34.
- Velasco-García MI, Recuero R, Cruz MJ, Panadés R, Martí G, Ferrer J. Prevalencia y distribución del depósito pulmonar de amianto en población urbana española. Arch Bronconeumol. 2010;46:176-81.
- Isidro Montes I, Abu Shams K, Alday E, Carretero Sastre JL, Ferrer Sancho J, Freixa Blanxart A, et al. Normativa sobre el asbesto y sus enfermedades pleuropulmonares. Arch Bronconeumol. 2005;41:153-68.

Jaume Ferrer<sup>a,b,\*</sup>, Júlia Sampol<sup>a,b</sup> y María Jesús Cruz<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

<sup>b</sup> Ciber de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jjferrer@vhebron.net](mailto:jjferrer@vhebron.net) (J. Ferrer).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2017.01.007>

0300-2896/

© 2017 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## New Year, New Challenges for Community Acquired Pneumonia



### *Nuevo año, nuevos desafíos respecto a la neumonía adquirida en la comunidad*

Dear Editor:

The editorial about recent changes in pneumonia<sup>1</sup> addresses treatment as regards early antibiotics and dilemmas regarding steroids. However, there is one early step that needs further attention, and this has not even received a brief mention.

Deciding whether a patient is at high risk and in need of early hospitalization needs further consideration. Several different scales are used to assess risk, such as the PSI, SMARTCOP, CURB-65 and SOAR, but the use of these tools in primary care is considerably hampered by limited access to some parameters (for example urea/blood urea nitrogen, or partial arterial oxygen pressure to FIO2 ratio).

In the case of the PSI, which gives better results in low risk patients,<sup>2</sup> step 1 is easy enough to apply, but all patients over

age of 50 will need further assessment, and this step alone is not enough. Step 2 can still produce scores up to 185 points (class V needs a score over 130, indicating highest risk), even without including the 110 points from laboratory or radiographic findings.

Community acquired pneumonia is still evaluated differently in primary and secondary care. Therefore, we need to work together to create a tool that can be used in the early stages of the disease, based on more than the patient's history, a clinical examination and bedside tests. This would prevent unnecessary admissions and also provide more input in patients at high risk, thus improving outcomes in these populations.

Clearly, existing guidelines must be updated,<sup>1</sup> and better assessment algorithms and tools are needed. There is little point in suggesting, for example, that C-reactive protein (CRP) be measured before considering antibiotics,<sup>3</sup> if this test, in the UK, is only available in hospitals, and the time spent awaiting results can delay a critical decision. Risk assessment in patients with community acquired pneumonia is already a challenge in general practice.