

14. Razdan, J. L. et al.: Dermatofibrosarcoma protuberans. J Indian Med Ass 53: 502-3, 16 Nov., 1969.

15. Pelegris M. et al.: Darier-Ferrand dermatofibrosarcoma. Bord Med 4: 729-30 passim. March, 1971.

Recibido: 29 de junio de 1982.

Aprobado: 3 de diciembre de 1982.

Dr. Noel E. Cordiés Justín

Instituto de Oncología,

Radiobiología y Medicina Nuclear

E y 29, Vedado Ciudad de La Habana.

Criterios metodológicos para el diagnóstico de la bisinosis

Por la Dra:

CORALIA TORRES JIMENEZ

Torres Jiménez, C. *Criterios metodológicos para el diagnóstico de la bisinosis* Rev Cub Med 22, 2, 1983.

Se plantean varios criterios metodológicos que, unidos en forma armónica y no dogmática, permitirán arribar con bastante certeza al diagnóstico de bisinosis, enfermedad que se origina en trabajadores que manipulan algodón, yute, lino y sus derivados. Finalmente se llega a la conclusión de un diagnóstico de certeza.

La bisinosis es una neumopatía ocupacional de causa orgánica, que se origina en aquellos trabajadores que manipulan algodón, yute, lino y sus derivados.¹

La bisinosis se clasifica actualmente dentro del asma bronquial ocupacional de reacción mediata o tardía, dado sus mecanismos fisiopatológicos; en esta entidad se originan dos formas evolutivas: aguda y crónica.²

Se plantean varios criterios que, unidos en forma armónica y no dogmática, nos permitirán arribar al diagnóstico de bisinosis con bastante certeza, para lo cual es necesario que se establezca el orden siguiente:

1. Criterio higiénico-ocupacional
2. Criterio clínico

Trabajo presentado en el Primer Congreso de Higiene y Epidemiología, Santiago de Cuba, 1980.

Neumología. Especialista de I grado. Instituto de Angiología. Hospital clínico-quirúrgico docente "Salvador Allende".

3. Criterio funcional ventilatorio
4. Criterio biológico

Se diagnosticarán como pacientes con bisinosis, aquellos trabajadores que cumplan los criterios siguientes:¹⁴

1. *Higiénico-ocupacional. Centro y puesto de trabajo*
Como premisa, el trabajador deberá proceder de una industria donde se manipulen algodón, lino, yute y sus derivados.
Se considerará con posibilidad de adquirir bisinosis a todo trabajador que provenga del área de producción, servicio de producción y mantenimiento.
- 1.2 *Tiempo de exposición.* El trabajador debe tener un antecedente de cinco años consecutivos de trabajo en las zonas referidas.
- 1.3 *Concentración máxima permisible.* La concentración máxima permisible para el polvo orgánico es de 10 mg/ m³.⁵

2.2 Criterio clínico.

El trabajador debe de manifestar los síntomas que a continuación se exponen:

G0: niega sufrir dificultad respiratoria.

GV2: refiere dificultad respiratoria u opresión torácica, ocasionalmente, el primer día de trabajo.

G1: presenta dificultad respiratoria u opresión torácica sólo el primer día.

G2: presenta dificultad respiratoria u opresión torácica el primer día o cualquier otro día de la semana.

G3: refiere dificultad respiratoria permanente.

Sólo se hará el diagnóstico sintomático de bisinosis al trabajador que conteste estas preguntas.

Aquellos trabajadores que refieran hipersecreción bronquial y tos improductiva con dificultad respiratoria a la vez, y que no se ajusten a lo referido en la clasificación dada en grados que hemos reflejado anteriormente para la bisinosis, no serán diagnosticados como sintomáticos de bisinosis, sino sintomáticos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica específica o inespecífica (EPOC).^{23,6,7}

Para el diagnóstico sintomático de bisinosis en su forma evolutiva crónica, sólo se tendrán en cuenta los índices G2 y G3, aunque no podemos excluir los GV2 y G1, si se acompañan de alteraciones en las pruebas ventilatorias correspondientes.

3. Criterio funcional ventilatorio en sus formas agudas y crónicas

En este criterio se tomarán en cuenta los índices *standards* conocidos como son: capacidad vital, capacidad vital cronometrada, flujo medio espiratorio forzado y flujo volumen espiratorio forzado 1 S ó 3/4 S. Para la forma evolutiva crónica se considerará el índice dado por el flujo espiratorio forzado por 1 S ó 3/4 S. Se fundamentará el diagnóstico funcional

ventilatorio de bisinosis, si se informan resultados para la forma evolutiva crónica de la manera siguiente:

FO: normal.

FV2: insuficiencia respiratoria para las alteraciones crónicas reversibles de ligeras a moderadas.

F1: insuficiencia ventilatoria para las alteraciones crónicas reversibles de moderada a severa.

F2: insuficiencia ventilatoria para las alteraciones crónicas irreversibles de ligeras a moderadas.

F3: insuficiencia ventilatoria para las alteraciones crónicas irreversibles de moderada a severa.

Para el diagnóstico de bisinosis en su forma evolutiva crónica, sólo se tendrán en cuenta las alteraciones de la prueba funcional ventilatoria, dadas por los índices F2 y F3.

El diagnóstico de bisinosis en su forma evolutiva aguda se hará cuando la prueba funcional ventilatoria se realiza al trabajador antes de comenzar a trabajar en su puesto de trabajo; después de 6 a 8 horas de labor se realizará de nuevo otro flujo espiratorio forzado en 1 S ó 3/4 S; el resultado será la diferencia entre ambas FEF y se informará de la forma siguiente:

No alteración aguda cuando la diferencia es menor de 0,06 L.

Ligera alteración aguda cuando la diferencia es de 0,06L-0,20 L.

Alteración aguda bien definida cuando la diferencia es mayor de 0,20 L.

4. Criterio biológico

Al cumplirse este criterio se descartará otras entidades neumológicas que pueden ser causantes de los síntomas y signos neumológicos, aún teniéndose presente los antecedentes ocupacionales dados por el trabajador.^{10*11}

Diagnóstico de certeza de la bisinosis

Para establecer el diagnóstico de bisinosis tienen que cumplimentarse los requisitos siguientes:

1. El primer criterio o criterio ocupacional.
2. El trabajador debe mostrar la sintomatología en el grado que ya hemos expuesto.
3. El trabajador pondrá de manifiesto lo establecido en las pruebas ventilatorias para las formas crónicas y agudas de la enfermedad.
4. El trabajador evidenciara lo establecido en el criterio biológico.

SUMMARY

Torres Jiménez, C. *Methodological criteria for diagnosis of byssinosis*. Rev Cub Med 22: 2, 1983.

Several methodological criteria that, in a harmonical and no dogmatic fashion, should allow to arrive to, with enough assurance, diagnosis of byssinosis, disease originated within workers who manipulate cotton, jute, linen and derivatives, are outlined. Finally, the conclusion of getting a true diagnosis is achieved.

RÉSUMÉ

Torres Jiménez, C. *Critères méthodologiques pour la diagnostic de la byssinose*. Rev Cub Med 22: 2. 1983.

L'auteur signale certains critères méthodologiques qui, liés de façon harmonieuse et non dogmatique, permettront d'arriver avec assez de certitude au diagnostic de byssinose, maladie qui se présente chez les travailleurs qui manipulent le coton, le jute, le lin et leurs dérivés. Enfin, on arrive au diagnostic de certitude.

BIBLIOGRAFIA

1. Parkes, R. IV.: Occupational lung disorders. London, Butterworths, 1974. P. 424-49.
2. Hygiene Standards for Cotton Dust. British Occupational Hygiene Society Committee on Hygiene Standards. Ann Occup Hyg 15: 165-192, 1972.
3. Gavrilescu, N.: Gases, vapours-irritant. En: International Labour Office. Encyclopedia of Occupational Health and Safety. Vol 1, 1971. P. 606-607.
4. Organización Panamericana de la Salud. Riesgos del ambiente humano para la salud. (Publicación Científica No. 329.) 1976. P. 119.
5. Universidad de La Habana. Departamento de Medicina Preventiva. Nociones de Higiene. La Habana, Ciencia y Técnica, 1971
6. Definition and classification of chronic bronchitis. Clinical and epidemiological purpose. Lancet 1(7389): 775-79, 1965.
7. El-Sadik, Y. N.: Study of lung function changes among different grades of byssinosis. Br J Industr Med 29 (2): 184-87, 1972.
8. Cochrane, G. M.: Correlation between test of small airways function, Thorax 29:172. 1974.
9. Zurkin, E. et al.: Lung function in textile workers. Br J Industr Med 32(4):283-88, 1975.
10. Blajot Pena, I.: Radiología clínica del tórax. Barcelona, Toray, 1970.
11. Crofton, J.: Bronquitis crónica y enfisema pulmonar. En: Enfermedades respiratorias, Barcelona, Marín, 1971. P. 276.

Recibido: 28 de junio de 1982.

Aprobado 27 de octubre de 1982.

Dra. Coralia Torres Jiménez
Cervantes 19 e/ Inglés y D'Strampes
Sevillano.
Ciudad de La Habana.