

Tabaquismo y enfermedad pulmonar

Guillermo Carrillo Rodríguez¹

Una gran cantidad de enfermedades se asocian al tabaquismo, algunas de ellas claramente contribuyen con una considerable cantidad de muertes a nivel mundial, México no es una excepción, de acuerdo a la Secretaría de Salud en el año 2005, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el cáncer broncogénico y la cardiopatía isquémica, enfermedades relacionadas con el hábito tabáquico, se encuentran dentro de las 10 primeras causas de muerte y representaron a una cuarta parte de la mortalidad en sujetos mayores de 65 años (*Cuadro 1*).

El humo del cigarro afecta a muchos órganos y una vez que se presenta la enfermedad, el tratamiento representa una importante derrama económica de los sistemas de salud y sabiendo que es una causa prevenible de

morbilidad y muertes prematuras, de ahí el gran esfuerzo que realizan las instituciones de salud a través de las campañas antibacoco, para disminuir el número de sujetos adictos al cigarro.

A nivel pulmonar, el humo del cigarro se ha asociado principalmente a EPOC y cáncer broncogénico, pero hay una creciente evidencia, que apoya que puede causar enfermedades difusas del parénquima pulmonar, como se ha descrito el papel del humo del cigarro en la patogénesis de estas entidades pulmonares.¹ Debemos hacer énfasis, en el papel potencial fibrogénico de algunos polvos inorgánicos como el sílice, el asbesto y el titanio, que representan un riesgo independiente para el desarrollo de fibrosis en fumadores.^{2,3}

Cuadro 1. Principales causas de mortalidad en edad postproductiva (65 años y más), 2005.
Nacional

Orden	Clave CIE 10a. Rev. A00-Y98	Descripción Total	Defunciones 264,309	Tasa ^{1/} 4,697.6	% 100.0
1	E10-E14	Diabetes mellitus	40,568	721.0	15.3
2	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	39,851	708.3	15.1
3	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	20,918	371.8	7.9
4	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	17,996	319.8	6.8
5	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	10,036	178.4	3.8
6	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	9,461	168.2	3.6
7	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	8,988	159.7	3.4
8	N00-N19	Nefritis y nefrosis	6,691	118.9	2.5
9	E40-E46	Desnutrición calórico proteica	6,428	114.2	2.4
10	C33-C34	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4,754	84.5	1.8
11	C61	Tumor maligno de la próstata	4,263	75.8	1.6
12	C16	Tumor maligno del estómago	3,131	55.6	1.2
13	C22	Tumor maligno del hígado	3,129	55.6	1.2

^{1/} Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.

Cuadro tomado y modificado de la página en Internet de la Secretaría de Salud (México)

¹ Jefe de la Clínica de Enfermedades Intersticiales del Pulmón
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas."

Se ha mencionado al tabaquismo como un factor mayor implicado en el desarrollo de enfermedades intersticiales como la bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad intersticial difusa (BR-EID), neumonía intersticial descamativa (NID), bronquiolitis y fibrosis intersticial bronquiolocéntrica, histiocitosis de células de Langerhans, neumonía eosinofílica, sarcoidosis y a la fibrosis pulmonar idiopática (FPI), entidades sin una causa etiológica bien establecida, donde probablemente el tabaquismo en forma crónica induzca un estado inflamatorio persistente el cual sea la base para la adquisición de alteraciones genéticas dependientes de los contaminantes del cigarro, sin embargo, una relación entre el humo del cigarro y la presencia de enfermedad intersticial difusa (EID) no está del todo establecida.⁴

Hasta los años 90, la evidencia observacional relacionan a la FPI con exposiciones ambientales, entre las que se incluye al humo del cigarro, se mostró en algunas series publicadas que la prevalencia del tabaquismo es más alta en esta enfermedad, por lo que se sugiere a este hábito como un posible factor de riesgo.⁵ Por otro lado, existe la evidencia que el cese del hábito puede ser una opción terapéutica efectiva, por lo que siempre se debe hacer énfasis en ello a los pacientes con EID, aunque las anomalías pueden persistir por periodos largos, aun después del cese del hábito tabáquico, por lo que parece ser plausible que los antígenos presentes en el humo del cigarro, pueden inducir alteraciones a nivel pulmonar, provocando una reacción inflamatoria crónica persistente.⁶

La patogénesis de las EID, incluyendo a la FPI, aún se desconoce, pero se ha involucrado tanto a la lesión

epitelial como a la respuesta anormal del huésped para la curación. En otros estudios se ha identificado al tabaquismo como un factor de riesgo para el desarrollo de la FPI, en particular en asociación con otras exposiciones ambientales,⁷ por lo que el humo del cigarro parece participar en la etiología del amplio espectro que representan las enfermedades pulmonares, incluyendo las enfermedades pulmonares fibróticas.

REFERENCIAS

1. Kanne J, Bilawich A, Lee C, Im J, Muller N. Smoking-related emphysema and interstitial lung diseases. *J Thorac Imaging* 2007; 22: 286-291.
2. Glazer CS, Newman LS. Occupational interstitial lung disease. *Clin Chest Med* 2004; 25: 467-478
3. Nasr MR, Savici D, Tudor L, Abou Abdallah D, Newman N, Abraham JL. Inorganic dust exposure causes pulmonary fibrosis in smokers: analysis using light microscopy, scanning electron microscopy, and energy dispersive X-ray spectroscopy. *Arch Environ Occup Health* 2006; 61(2): 53-60.
4. Marten K. Smoking-related interstitial lung diseases. *Rofo* 2007; 179(3): 268-75.
5. Turner-Warwick M, Burrows B, Johnson A. Cryptogenic fibrosing alveolitis: clinical features and their influence on survival. *Thorax* 1980; 35: 171-180
6. Caminati A, Harari S. Smoking-related interstitial pneumonias and pulmonary Langerhans cell histiocytosis. *Proc Am Thorac Soc* 2006; 3(4): 299-306.
7. Baumgartner K, Samet J, Coultas D, Stidley C, Hunt W, Colby T, Waldron J. Occupational and environmental risk factors for idiopathic pulmonary fibrosis: a multicenter case-control study. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 307-315.