

Bogotá D. C., marzo 20 de 2019

Señores

Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax
Revista Colombiana de Neumología
Grupo Editor, Revista Colombiana de Neumología

La Ciudad

Apreciados señores:

En el volumen 28 n.º 2 de 2016 se publicó el artículo *Prevalencia de patologías relacionadas con el asbesto crisotilo en trabajadores de una empresa de productos de crisotilo-cemento*, en la revista de la asociación, escrito por los Doctores Mauricio Mejía Mejía e Iván Rendón. Dicho artículo contiene referencias a la literatura internacional, que desconocen la naturaleza de los estudios sesgados al momento de estudiar las patologías asociadas con las enfermedades por exposición al asbesto. En el artículo que sirve de editorial, titulado *Prevalencia de patologías pulmonares relacionadas con el asbesto*, escrito por la Dra. Liliana Fernández, se menciona el tema de la biopersistencia, en el que se afirma que el crisotilo “en la literatura mundial se ha demostrado que tiene poca biopersistencia en el pulmón y al parecer no produce respuesta patológica en términos de inhalación a corto o largo término ni en el pulmón ni en la cavidad pleural (1). Estudios en trabajadores del cemento/crisotilo han demostrado que, bajo condiciones controladas, el uso del crisotilo puede ser seguro” (2). Igualmente, el Dr. Mejía afirma que “el potencial patogénico de las fibras (naturales o sintéticas) se ha relacionado con su naturaleza química, dimensiones y biopersistencia. Mientras los asbestos anfíboles presentan en promedio una vida media en el tejido pulmonar de más de 500 días, el crisotilo persiste en promedio 4 días (con un rango de biopersistencia de entre 0,4 y 11 días)” (3).

En carta dirigida por el Dr. Murray M. Finkelstein a los editores del *Critical Reviews of Toxicology*, en respuesta a otro artículo del Dr. David Bernstein (*Health risk of chrysotile revisited. Crit Rev Toxicol. 2013;43(2):154-3.*), publicado en esa revista, se advierte que “los datos humanos relativos a la retención del crisotilo en las poblaciones expuestas a nivel ocupacional son, por lo tanto, inconsistentes con la afirmación de Bernstein y sus colegas de que el crisotilo tiene una breve biopersistencia; sin embargo, Bernstein y sus colegas no mencionaron a cabalidad estos datos. Las instrucciones para autores que planean someterse en esta revista establecen que ‘la revista proporciona análisis actualizados y objetivos de temas relacionados con los mecanismos de acción,

respuestas y evaluación de riesgos para la salud debido a la exposición a sustancias tóxicas. La revista publica revisiones críticas y exhaustivas de los resultados de la investigación en toxicología y la aplicación de información toxicológica en la evaluación de riesgos para la salud humana'. Al no mencionar ninguno de los datos que contradicen sus conclusiones, Bernstein y sus colegas claramente no proporcionaron un análisis objetivo y dieron la impresión de haber publicado un documento para apoyar los intereses de la Organización Internacional del Crisotilo, en cooperación con la Asociación Canadiense de Crisotilo, la misma que financió su trabajo" (4).

Después de revisar los rayos X de 183 trabajadores en una fábrica de crisotilo-cemento en la ciudad de Manizales (Colombia), los resultados obtenidos por el Dr. Mejía no hallaron enfermedad en ninguno de los individuos. Contrario a otras investigaciones hechas en el mundo entero, el Dr. Mejía presume que el crisotilo es seguro, lo cual no está fundamentado científicamente (5), incluidas otras compañías de crisotilo-cemento.

Al examinar los resultados ofrecidos por la investigación del Dr. Mejía, podemos observar con preocupación científica que el artículo no tiene ningún problema en considerar las profusiones correspondientes a las categorías 1/0 de las guías de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como negativas, y aquellas por encima de 1/1 o consistentes con placas pleurales como sospechosas. No se revela en el informe del Dr. Mejía quiénes son los lectores de las placas de rayos X de acuerdo con los criterios de las guías OIT, ni mucho menos se revelan los resultados de las tomografías axiales computarizadas (TAC) para los casos *sospechosos*, sin olvidar que los casos de 1/0 o superiores son considerados *anormales*, de acuerdo con las guías OIT.

Cabe señalar que "el diagnóstico de asbestosis requiere un historial de exposición al asbesto y la demostración de fibrosis intersticial en las imágenes de tórax. En el 90 por ciento de los casos, el diagnóstico de asbestosis se hace solo con estos factores. La American Thoracic Society y la American Medical Association actualmente recomiendan no realizar una biopsia de pulmón si la única razón para realizarla es documentar

la presencia histopatológica de fibras de asbesto en el pulmón. La biopsia de pulmón sigue siendo una herramienta diagnóstica importante si se cuestiona la etiología de la fibrosis pulmonar" (6).

Otro aspecto para destacar es que el Dr. Mejía está vinculado laboralmente, en calidad de médico ocupacional, a una empresa de asbesto-cemento, la misma que aportó la población para el estudio, configurando un evidente conflicto de intereses.

Este tipo de estudios hacen parte de viejas y conocidas estrategias de la industria del asbesto para incidir en los resultados y, de esta manera, presentar un panorama de salubridad ocupacional en el que no existe enfermedad gracias a las habilidosas estrategias para crear invisibilidad de las enfermedades relacionadas con el asbesto.

Solicitamos respetuosamente al comité editorial de la revista que publique esta carta para abrir un debate necesario en Colombia sobre la enorme influencia que ejercen las narrativas de la industria del asbesto amparadas en el *uso controlado* desde el campo de la investigación en ciencia y medicina. Dicho *uso controlado* es una falacia en Colombia y alrededor del mundo.

Atentamente,

ARTHUR L. FRANK, MD, PHD.

Arthur Frank, PhD, Professor, Chair Emeritus,
Department of Environmental and Occupational
Health, Drexel Dornsife School of Public Health
Correo electrónico: alf26@drexel.edu

JOSÉ RICARDO NAVARRO VARGAS

Decano de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá
Correo electrónico: jnnavarro@unal.edu.co

GUILLERMO VILLAMIZAR

Fundación Colombia Libre de Asbesto
Correo electrónico: fundclas@gmail.com;
director@fundclas.org

Referencias

1. Bernstein DM. The health risk of chrysotile asbestos. *Curr Opin Pulm Med.* 2014;20(4):366-70.
2. Sichelidis L, Chloros D, Spyrtos D, Haidich AB, Fourkiotou I, Kakoura M, et al. Mortality from occupational exposure to relatively pure chrysotile: a 39-year study. *Respiration.* 2009;78(1):63-8.
3. Baxter PJ, Aw TCh, Cockcroft A, Durrington P, Harrington JM. *Hunter's diseases of occupations.* 9.a edición. Londres: Arnold; 2000. p. 686-96.
4. Finkelstein MM. Letter to the Editor re Bernstein et al: Health risk of chrysotile revisited. *Crit Rev Toxicol.* 2013;43(2):154-83.
5. Sturm W, Menze B, Krause J, Thriene B. Use of asbestos, health risks and induced occupational diseases in the former East Germany. *Toxicol Lett.* 1994;72(1-3):317-24.
6. Solbes E, Harper RW. Biological responses to asbestos inhalation and pathogenesis of asbestos-related benign and malignant disease. *J Investig Med.* 2018;66(4):721-7.