

Antracofibrosis

Aloisia P. Hernández-Morales 

Departamento de Imagenología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Ciudad de México, México

«Antracosis bronquial» fue el término que inicialmente se usó para describir los cambios en la mucosa bronquial por un depósito de coloración negro azulado. Las observaciones broncoscópicas muestran que la exposición a biomasa presenta una frecuencia mayor por antracofibrosis bronquial (30.4%) que sus contrapartes expuestos a tabaco (3.7%)¹.

Se identifica por áreas de broncoestenosis en el 80% de los casos. El estrechamiento bronquial multifocal es segmentario, lobar y contiguo a la tráquea distal, usualmente se desarrolla en sitios de turbulencia del flujo

de aire². Pueden coexistir hallazgos como linfadenopatías calcificadas y atelectasias. La tríada antracótica consiste en nódulos linfáticos hiperdensos, atelectasia y pulmonar hiperdenso³ (Fig. 1).

Financiamiento

La realización del presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

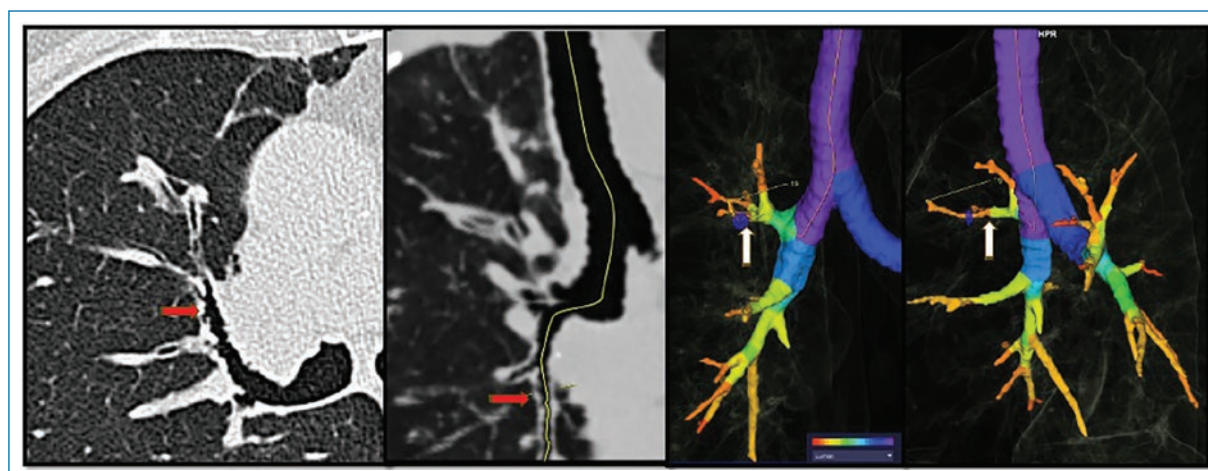


Figura 1. Antracofibrosis. Imagen de tomografía axial, reconstrucción longitudinal y tridimensional de la vía aérea segmentaria, observe (flechas) las zonas de estrechez luminal, asociada a engrosamiento parietal, irregularidad del margen interno.

Correspondencia:

Aloisia P. Hernández-Morales
E-mail: aloisa_hndz@yahoo.com.mx

Recibido: 02-09-2025
Aceptado: 31-10-2025
DOI: 10.24875/NCT.M25000033

Disponible en línea: 23-10-2025
Neumol Cir Torax. 2025;84(2):158-159
www.revistanct.org.mx

2594-1526 / © 2025 Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Los procedimientos fueron autorizados por el Comité de Ética de la institución.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos

personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Zhao D, Zhou Y, Jiang C, Zhao Z, He F, Ran P. Small airway disease: A different phenotype of early stage COPD associated with biomass smoke exposure. *Respirology*. 2018;23(2):198-205. <https://doi.org/10.1111/resp.13176>
2. Kurmi OP, Semple S, Simkhada P, Smith WC, Ayres JG. COPD and chronic bronchitis risk of indoor air pollution from solid fuel: a systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 2010;65(3):221-8. <https://doi.org/10.1136/thx.2009.124644>
3. Das A, Bhalla AS, Naranje P. Biomass fuel exposure and lungs: unravelling the imaging conundrum. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2021;50(2):200-10. <https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2020.04.006>