

CARTAS AL EDITOR

Influencia de un mercado ambulante sobre las visitas a un servicio de urgencias hospitalario

Sr. Editor: Miró et al¹, en su reciente artículo sobre la menor utilización de los servicios de urgencias durante la retransmisión de partidos de fútbol por televisión, corrobora la impresión que hemos tenido en muchas ocasiones quienes trabajamos o hemos trabajado en urgencias hospitalarias. Añade, por tanto, a la lista de factores externos que influyen en los cambios cíclicos observados en la utilización de las urgencias (clima, fines de semana, contaminación atmosférica o ciclos lunares) el de la retransmisión de un acontecimiento deportivo de masas por televisión. Nosotros quisiéramos añadir que en nuestro medio, un hospital comarcal, la utilización de nuestra área de urgencias está influida por la celebración semanal de un mercado ambulante en la ciudad donde está enclavado el centro.

El Hospital Alto Guadalquivir es un centro público perteneciente a la Junta de Andalucía que atiende a una población de 65.373 habitantes. Se encuentra en Andújar (Jaén), cuya población es de 37.705 habitantes, y semanalmente, los martes no festivos, se celebra un mercado ambulante. Nos planteamos conocer si la presencia de dicho mercado puede influir en la utilización de nuestra área de urgencias. Para ello hemos contabilizado de forma retrospectiva el número, la edad y el sexo de los pacientes que acudieron a la unidad de urgencias desde las 09.00 hasta las 13.00 horas de 18 martes no festivos durante los meses de noviembre de 1999 a abril de 2000. Como grupo control seleccionamos, por cada martes en el que se celebró mercado ambulante, otro día de la misma semana que no fuese martes, sábado, domingo o festivo. En estos días se estudió la misma franja horaria y las mismas variables analizadas para los martes seleccionados. Con el fin de controlar otras variables que pudieran influir en la utilización de nuestras urgencias, analizamos el número de pacientes atendidos los mismos días seleccionados durante la franja horaria de las 16.00 a las 20.00 horas.

En la **tabla 1** se detalla el número de pacientes que acudieron a nuestra área los martes con mercado ambulante frente a los días considerados controles, distribuidos además por sexo, y tanto en la franja horaria de la mañana como de la tarde. Los datos se expresan como media (DE), utilizando la prueba de la t de Student para comparar dichas medidas y demostrando previamente la normalidad mediante

un test de Kolmogorov-Smirnov. Se consideró significativo un valor de p inferior a 0,05. Observamos que durante la mañana de los martes con mercado ambulante existe un número significativamente menor de pacientes que son atendidos frente al número de pacientes que acuden en la misma franja horaria en otro día («no martes») (39 [5] frente a 49 [9], p < 0,05). Dicho fenómeno se observa al analizar tanto por número de varones como de mujeres, aunque sólo en el primer caso llega a ser significativo (19 [4] frente a 22 [4], p < 0,05; 20 [4] frente a 23 [6], NS, respectivamente). Dichas diferencias no se observan cuando analizamos las mismas variables los mismos martes pero durante la franja horaria de la tarde, momento en el que ya ha finalizado el mercado ambulante. Sin embargo, sí existe una diferencia significativa al comparar el número de mujeres que acuden a urgencias los martes de mercado en la franja de 16.00 a 20.00 horas frente al número de mujeres atendidas en las tardes de los días controles (21 [4] frente a 18 [4]; p < 0,05). Además, encontramos diferencias significativas en el total de pacientes y en las mujeres que acudieron a urgencias los días «no martes» al comparar la franja horaria de 09.00-13.00 horas frente a 16.00-20.00 horas (45 [9] frente a 39 [9], p < 0,05; 23 [6] frente a 18 [4], p < 0,01, respectivamente). En ningún caso observamos diferencias en las edades de los distintos grupos analizados (datos no expuestos).

Nuestro estudio aporta una variable no conocida hasta ahora que influye sobre los cambios cíclicos del uso de las urgencias hospitalarias. El hecho de que nuestro hospital atienda a una población no excesivamente numerosa y con un único servicio de urgencias hospitalario cercano, probablemente haya facilitado la detección de dicho fenómeno.

Por otro lado, no ha sido posible diferenciar a los pacientes en función de su población de residencia. Creemos que esta variable habría puesto de manifiesto nuestros hallazgos de manera más acusada, puesto que además de Andújar (donde se sitúa el hospital y se celebra el mercado ambulante) el centro da cobertura a los 27.668 habitantes restantes de otras 7 poblaciones cercanas. Probablemente, la presencia del mercado y su relación con nuestras urgencias influye sobre todo en el grupo de residentes de Andújar, sin afectar al número de pacientes procedentes de las otras poblaciones.

En cuanto a las diferencias observadas en función del sexo, inferimos que tanto los varones como las mujeres parecen acudir al mercado

los martes en que éste se celebra, y no acuden al hospital. Además, nuestros datos sugieren que el grupo de mujeres que durante la mañana han permanecido en el mercado, finalmente acuden a urgencias esa misma tarde.

En definitiva, remarcamos que un fenómeno sociocomercial como la celebración de un mercado ambulante influye en el uso del servicio de urgencias hospitalarias. Quedaría por determinar si dicho fenómeno es sólo local u ocurre en otras poblaciones, y si otros factores (geográficos, de accesibilidad, de tamaño de la población atendida) influyen en dicho fenómeno.

Agradecimiento

Queremos expresar nuestra gratitud a Belén Jiménez, de la unidad de sistemas de información hospitalaria, por la ayuda prestada en la obtención de los datos del presente estudio.

José Luis Zambrana García^a,
Emilio del Campo Molina^b
Francisco Fuentes Jiménez^a
y Miguel Ángel Fernández Sacristán^b

^aÁrea de Medicina y ^bÁrea de Críticos y Urgencias.
Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén.

1. Miró O, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Fútbol, televisión y servicios de urgencias. Med Clin (Barc) 2000; 114: 538-539.

Granuloma hialinizante múltiple pulmonar

Sr. Editor: En 1977, Engelman et al¹ describieron por primera vez una rara entidad que denominaron granuloma hialinizante pulmonar (GHP), caracterizada por la presencia de nódulos pulmonares múltiples bilaterales, de crecimiento lento y capacidad fibrosante del parénquima pulmonar. Esta afección es benigna, y su importancia radica en el correcto diagnóstico diferencial con las metástasis pulmonares^{1,2}. Presentamos un caso de esta rara entidad atendido en nuestro servicio.

Mujer de 61 años con crisis de disnea por broncoespasmo y ocasionalmente tos de 2 años de evolución, sin otra sintomatología. La exploración física y la analítica básica fueron normales. La radiografía simple de tórax evidenció infiltrados nodulares en ambos campos pulmonares. Dada la posibilidad de que se tratara de una enfermedad pulmonar metastásica, se realizó una exploración ginecológica, mamaria y otorrinolaringológica, que fueron normales. La tomografía computarizada (TC) torácica informó de múltiples lesiones nodulares, de tamaño variable (1-3 cm de diámetro), en ambos parénquimas pulmonares. La reacción de Mantoux y los anticuerpos no organoespecíficos fueron negativos. En las pruebas de inmunología las inmunoglobulinas presentaron cifras dentro de los rangos normales, con elevación de los anticuerpos antiproteínas séricas de paloma (IgG) a 63 U/ml (valor normal < 16 U/ml). La TC abdominal, las pruebas funcionales respiratorias, el exudado nasal, la citología de esputo, la broncoscopia y el lavado broncoalveolar fueron normales. Se realizó biopsia de los nódulos mediante videotoracoscopia izquierda. En el estudio anatómopatológico se observaron nódulos pulmonares bien delimitados, con infiltración linfocitaria en la periferia, compuestos por un tejido hialino con disposición laminar ordenado de forma concéntrica generalmente en torno a los vasos, objetivándose en algunas zonas una estroma fibrosa laxa entre las láminas hialinas (**fig. 1**). El tejido hialino se teñía intensamente con el Masson, siendo PAS negativo y sólo presentaba fibras de reticulina en la pared de los vasos englobados en el nódulo. Con rojo Congo se teñía focalmente, presentando con luz polarizada birrefringencia «verde manzana». El resto del tejido pulmonar era normal. Estos datos permitieron

TABLA 1

Número de pacientes atendidos en el servicio de urgencias (media [DE]) en martes con mercado ambulante y en otro día que no fuera martes ni sábado, domingo o festivo, distribuidos por franja horaria y por sexos

	Martes			«No martes»		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
09.00-13.00 horas	19 (4)	20 (4)	39 (5)	22 (4) ^a	23 (6)	45 (9) ^b
16.00-20.00 horas	19 (5)	21 (4)	40 (7)	20 (5)	18 (4) ^{c,d}	39 (7) ^e

^ap < 0,05 al comparar el número de varones que acudieron los martes de 09.00 a 13.00 horas frente a los valores contabilizados en «no martes» durante la misma franja horaria.

^bp < 0,05 al comparar el número total de pacientes que acudieron los martes de 09.00 a 13.00 horas frente a los pacientes contabilizados en «no martes» durante la misma franja horaria.

^cp < 0,05 al comparar el número de mujeres que acudieron los martes de 16.00 a 20.00 horas frente a las mujeres contabilizadas en «no martes» durante la misma franja horaria.

^dp < 0,01 al comparar el número de mujeres que acudieron los «no martes» de 09.00 a 13.00 horas frente a las mujeres contabilizadas en «no martes» durante la franja horaria de 16.00 a 18.00 horas.

^ep < 0,05 al comparar el total de pacientes que acudieron los días «no martes» de 09.00 a 13.00 horas frente a los pacientes contabilizados en «no martes» durante la franja horaria de 16.00 a 20.00 horas.

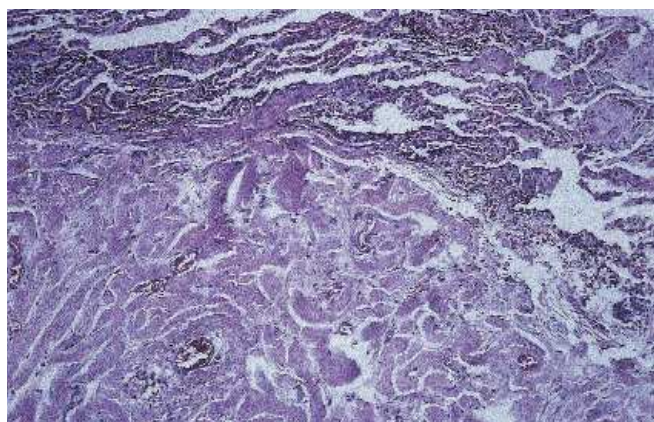


Fig. 1. Histología (hematoxilina eosina, $\times 100$). Nódulo pulmonar bien delimitado con infiltración linfocitaria en la periferia. Dicho nódulo se compone de tejido hialino con disposición laminada, con una banda periférica de linfocitos. En la parte superior se observa tejido pulmonar normal.

establecer el diagnóstico de glucocorticoides hialinizante pulmonar. Se instauró tratamiento con corticoides (40 mg/24 h de prednisona), y la paciente evolucionó favorablemente. Tras un año de evolución, se encuentra asintomática, sin que en las radiografías de control se observe un aumento de los nódulos.

La etiología del GHP es desconocida, aunque se ha relacionado con alteraciones inmunológicas, lo que apunta a una respuesta inmune exagerada frente a infecciones previas o a algún antígeno desconocido^{1,3-7}. Así, Yousem y Hocholze⁸ observaron que la mitad de sus 24 pacientes presentaban fenómenos autoinmunes o exposición previa a antígenos de micobacterias u hongos. Generalmente los pacientes están asintomáticos³, siendo casual el hallazgo radiológico de nódulos múltiples y bilaterales (70-80% casos)^{1-3,8}. Estos nódulos pueden cavitarse¹ y más raramente calcificarse^{2,9}. Como en nuestro caso, se ha descrito a pacientes que presentaron sintomatología, sobre todo torácica (dolor torácico, disnea, tos, etc.)^{3,10}. Ante estos hallazgos radiográficos es obligado descartar la etiología maligna², para lo cual el primer paso consiste en excluir la presencia de un posible foco tumoral primario, como ocurrió en nuestro caso. También se plantea el diagnóstico diferencial con otras enfermedades pulmonares benignas², entre ellas la sarcoidosis evolucionada (presenta granulomas en diferentes estadios); los fenómenos cicatrizales posttuberculosis o neumonía (no suelen tener el aspecto laminar de la hialina, y acostumbra presentar calcificación distrófica); la amiloidosis nodular (el depósito de hialina no es laminar, habitualmente se acompaña de calcificación y el infiltrado periférico es fundamentalmente de células plasmáticas, no de linfocitos), y la histoplasmosis. Radiológicamente las lesiones del GHP son mayores que los nódulos ordinarios tuberculosos o histoplasmosis, por lo general no se calcifican y sus bordes están más pobremente definidos³. La tomografía computarizada torácica localiza y define los nódulos, además de facilitar datos indirectos, como la calcificación o la cavitación nodular, que orientan hacia el diagnóstico, pero no con certeza. Los estudios broncoscópicos no suelen proporcionar un diagnóstico etiológico preciso. Por todo ello, el diagnóstico diferencial definitivo es difícil sin un estudio histológico, por lo que es necesaria en la mayoría de los casos la realización de una biopsia pulmonar quirúrgica, siempre previa realización de la TAC para localizar los nódulos más accesibles⁸. Macroscópicamente son nódulos bien delimitados de aspecto blanquecino y ce-

luminoso. El estudio histológico pone de manifiesto un granuloma, generalmente perivascular, con una parte central compuesta por múltiples capas en forma de huso de colágeno, como lamelas orientadas en múltiples direcciones^{3,8}, y envuelta por una capa de células inflamatorias crónicas, sobre todo linfocitos. Las tinciones son negativas excepto el Masson, y en ocasiones presenta positividad a la tinción con rojo Congo que simula amiloide. En estos casos con positividad para el rojo Congo, la microscopia electrónica es muy útil de cara al diagnóstico diferencial. Los cultivos son negativos^{3,7}. Actualmente no se dispone de un tratamiento estándar para estos pacientes, aunque existe bastante unanimidad en mantener una actitud expectante e intentar algún tratamiento inmunodepresor (corticoides u otros) en caso de progresión de la enfermedad. Sin embargo, los resultados con estos tratamientos son controvertidos^{2,8}. Generalmente el pronóstico es bueno, permaneciendo las lesiones estables durante largos periodos de tiempo, aunque hasta el 30 al 50% de los pacientes presentan disnea por crecimiento progresivo y destrucción del parénquima. Entre un 15 y un 20% de los casos se asocian a una mediastinitis esclerosante, e incluso con una tiroiditis fibrosante de Riedel o una fibrosis retroperitoneal, que son las afecciones que van a determinar el mal pronóstico de este subgrupo de pacientes^{2,3}. En nuestra paciente la evolución con tratamiento corticoide fue favorable, y en la actualidad permanece asintomática y los controles radiológicos no evidencian crecimiento de las lesiones nodulares, aunque el seguimiento es corto para sacar conclusiones definitivas en este aspecto.

Antonio Ríos Zambudio, M.^a José Roca Calvo, Juan Torres Lanzas y Pascual Parrilla Paricio

Servicio de Cirugía Torácica. Departamento de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

- Engelman P, Liebow AA, Gmelich J, Friedman PJ. Pulmonary hyalinizing granuloma. Am Rev Respir Dis 1977; 115: 997-1008.
- Yousem SA, Hocholze L. Pulmonary hyalinizing granuloma. Am J Clin Pathol 1987; 87: 1-6.
- Chalaoui J, Gregoire P, Sylvester J, Lefebvre R, Amyot R. Pulmonary hyalinizing granuloma: a cause of pulmonary nodules. Radiology 1984; 152: 23-26.
- Dominguez P, Sotelo T, Varela G, Pérez P. Granuloma hialinizante múltiple pulmonar. Rev Clin Esp 1990; 186: 307-308.
- Drasin H, Blume MR, Rosenbaum EH, Klein HF. Pulmonary hyalinizing granulomas in a patient with malignant lymphoma, with development

nine years later of multiple myeloma and systemic amyloidosis. Cancer 1979; 44: 215-220.

- Scholsnagle DC, Check IJ, Sewell CW, Plummer A, York RM, Hunter RL. Immunologic abnormalities in two patients with pulmonary hyalinizing granuloma. Am J Clin Pathol 1982; 78: 231-235.
- Guccion JG, Rohatgi PK, Saini N. Pulmonary hyalinizing granuloma. Electron microscopic and immunologic studies. Chest 1984; 85: 571-573.
- Haro M, Ruiz J, Vila X, Avellanet M, Izquierdo J. Granuloma pulmonar hialinizante múltiple. Arch Bronconeumol 1994; 30: 320-322.
- Patel Y, Ishikawa S, MacDonnell KF. Pulmonary hyalinizing granuloma presenting as multiple cavity calcified nodules. Chest 1991; 100: 1720-1721.
- Ramírez J, Mehta JB, Taylor RA, Byrd RP Jr, Roy TM. Symptomatic pulmonary hyalinizing granuloma. South Med J 1998; 91: 867-869.

Tratamiento crónico de la enfermedad neoplásica avanzada y terminal

Sr. Editor: He leído con atención el artículo especial de Sanz Ortiz et al publicado en MEDICINA CLÍNICA¹. Tras una larga introducción que promete otro contenido, el trabajo está prácticamente dedicado a la quimioterapia paliativa del cáncer de pulmón avanzado no microcítico y al carcinoma colorrectal en la misma situación. Esperaba de los autores que, además de hacer una breve aunque exhaustiva revisión de la bibliografía más reciente, fueran capaces de aplicar un cierto sentido crítico a la misma. Estamos hablando de dos tumores que se incluyen dentro de «los pocos sensibles a la quimioterapia» y con modestas respuestas a los regímenes más novedosos. Ampararse en diversos metanálisis no supone enfrentarse a la verdad científica absoluta e irrefutable. Los beneficios clínicos que se consiguen en ambos tumores son escasos aunque tengan una significación estadística. Los denominados «mejores tratamientos paliativos o de soporte» nunca se dice en la bibliografía en qué consisten; sin embargo, hay clara constancia de la quimioterapia que se administra. El beneficio en la supervivencia –tal como se expone en el artículo– es de uno o dos meses; este tiempo hace que debemos considerar a los enfermos que sobreviven por efecto del tratamiento, como preterminales o terminales.

El enfermo tratado con quimioterapia paliativa y al que en no pocas ocasiones se le ofrece el tratamiento como curativo, o al menos muy efectivo, tiende a minimizar los efectos secundarios porque, consciente o inconscientemente, en aquella terapia está su porvenir y no desearía que se la retiraran por toxicidad.

En cualquier caso, nadie duda de que la quimioterapia, en las situaciones que se exponen en el trabajo, puede conseguir remisiones, casi siempre parciales y de corta duración y esta información hay que facilitársela a los pacientes sin exagerar los beneficios potenciales ni minimizar los efectos secundarios. Que un enfermo tenga que depender del hospital más tiempo del deseable en los últimos meses de su vida y, sobre todo, cuando se plantean tratamientos semanales, no es un hecho desdeñable.

Antonio Duque Amusco

Jefe del Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

- Sanz Ortiz J, Rivera Herrero F, De Juan Ferré A, Vega Villegas ME. Tratamiento oncológico activo de la enfermedad neoplásica avanzada y terminal. Med Clin (Barc) 2000; 114: 302-307.