

ración de la válvula. Dado que el ecocardiograma intraoperatorio mostraba una regurgitación mitral moderada-grave, se llevó a cabo la sustitución de la válvula por una prótesis mecánica mitral de St. Jude. El examen histopatológico confirmó el diagnóstico de FEP. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. Tras dos años de seguimiento la paciente se encuentra libre de nuevos eventos.

El FEP es un tumor primario, histológicamente benigno, que asienta en el endocardio. En algunas series es el tercer tumor cardíaco benigno más frecuente, después de los mixomas y lipomas. Por otra parte, es el tumor más frecuente de los que se localizan en las válvulas cardíacas¹. Predomina en la quinta y sexta décadas, y es más frecuente en mujeres².

La etiología es desconocida^{3,5}. Su localización habitual es el endocardio valvular, si bien también pueden localizarse en el endocardio ventricular, las cuerdas tendinosas o los músculos papilares. Las válvulas donde con mayor frecuencia asienta el tumor son la aórtica en adultos y la tricúspide en niños. Generalmente se encuentra en la cara auricular de las válvulas auriculoventriculares y en la ventricular de las semilunares^{3,6}.

Macroscópicamente estos tumores son inferiores a 1 cm de diámetro y se asemejan a una anémona marina, con múltiples excrescencias papilares unidas al endocardio por un pedículo. Microscópicamente las excrescencias papilares consisten en un núcleo central de tejido conectivo denso, rodeado por una capa de tejido conectivo laxo, cubierta a su vez por células endoteliales. El núcleo central del FEP se continúa con el endocardio^{3,4,7}.

Un elevado número de casos están asintomáticos, pero también puede producirse un cierto polimorfismo clínico. Por ejemplo, en una revisión de 97 casos de la bibliografía⁴, diagnosticados en vida y tratados quirúrgicamente, se encuentra que el ACV (53% de los casos) es el cuadro clínico más frecuente, seguido del infarto agudo de miocardio (13%), la angina (8%), la disnea (8%) y la conjunción de infarto de miocardio y ACV (5%). En los casos asintomáticos (35%), el diagnóstico es consecuencia casual de un examen ecocardiográfico realizado por otras razones. Para completar el espectro clínico, se han descrito casos con tromboembolia pulmonar⁸, embolia retiniana⁹, muerte súbita por oclusión coronaria⁶ y disfunción valvular^{4,6}, más frecuente en el caso de FEP sobre válvula aórtica. Como es natural, puede combinarse con cualquier otra enfermedad. Los hallazgos ecocardiográficos típicos del FEP^{2,4} se pueden resumir en 4: a) tumoración redondeada u oval, de bordes bien definidos y textura homogénea; b) tamaño inferior a 20 mm; c) pedículo móvil en la mitad de los casos, y d) asiento sobre el endocardio valvular.

Aunque la ecocardiografía transtorácica aporta todos los datos fundamentales para el diagnóstico, se recomienda la exploración transesofágica preoperatoria^{1,9}.

Existe controversia sobre la forma más adecuada de tratar a los pacientes con FEP. La mayoría de los autores recomiendan la cirugía, con independencia de las manifestaciones clínicas, dada la alta morbilidad del tumor, relacionada fundamentalmente con el potencial embolígeno^{2,4,5,10}. Otros² estiman que los pacientes asintomáticos, con masas poco móviles, sin pedículo y menores de 1 cm, podrían ser tratados de forma conservadora. Algunos autores^{1,3} re-

comiendan la anticoagulación, hasta que se realice la cirugía, en los enfermos que han tenido algún episodio embólico previo.

Mercedes González-Molina, Rocío García Orta, Eduardo Moreno y José Azpitarte

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

1. Joffe II, Jacobs L, Owen A, Ioli A, Kotler M. Papillary fibroelastoma with associated thrombus: the role of transthoracic and transesophageal echocardiography. *Echocardiography* 1997;14:287-92.
2. Ping Sung J, Asher C, Sheng X, Cheng G, Scalia G, Massed A, et al. Clinical and echocardiographic characteristics of papillary fibroelastomas. A retrospective and prospective study in 162 patients. *Circulation* 2001;103:2687-93.
3. McAllister HA, Hall R, Cooley D. Tumores del corazón y pericardio. *Curr Prob Cardiol* (ed. esp.) 1999;4:429-559.
4. Howard R, Aldea G, Shapira O, Kasznica J, Davidoff R. Papillary fibroelastoma: increasing recognition of a surgical disease. *Ann Thorac Surg* 1999;68:1881-5.
5. Shapiro M. Tumors of the heart. *Heart* 2001;85:218-21.
6. Lichtenstein L, Lee JC, Steward S. Papillary tumor of the heart: incidental finding at surgery. *Hum Pathol* 1979;10:473-5.
7. Klarich K, Enriquez-Sarano M, Mura G, Edward W, Tajik J, Seward J. Papillary fibroelastoma: echocardiographic characteristics for diagnosis and pathologic correlation. *J Am Coll Cardiol* 1997;30:784-90.
8. Prifti E, Bonacchi M, Salice A. Mitral valve myxoma concomitant with papillary fibroelastoma. *Ann Thorac Surg* 2000;70:335-43.
9. Shub C, Tajik A, Seward J, Edwards W, Pruitt R, Orszulak T. Cardiac papillary fibroelastoma: two dimensional echocardiographic recognition. *Mayo Clin Proc* 1981;56:629-33.
10. Morillas J, Almenar L, Rueda J, Miró V. Tumores cardíacos primarios. Estudio de 21 casos. *Med Clin (Barc)* 1998;110:356.



Localizador web
Artículo 89.022

Conocimiento del índice total de paquetes/año como medida del hábito de fumar por parte de los clínicos de un servicio de medicina interna

Sr. Editor: En España, la evolución del hábito tabáquico en las últimas décadas pone de manifiesto una reducción del mismo en la población masculina y un incremento en la femenina, con una importante repercusión en términos de salud pública^{1,2}. El empleo del índice total de paquetes/año se ha impuesto en las publicaciones médicas como medida del impacto del tabaco en la enfermedad humana³. Este índice incluye el número de cigarrillos fumados diariamente, el tiempo durante el que se ha fumado y una estimación de la cantidad total de tabaco consumido. Se calcula mediante la fórmula: (número de cigarrillos fumados al día) × (número de años de consumo)/20, donde un índice de un paquete/año equivale a fumar un paquete de cigarrillos cada día durante un año. La Sociedad Española de Patología Respiratoria incluye de forma inexcusable este cálculo como parte de la eva-

luación clínica de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica⁴.

Hemos pretendido estimar el grado de conocimiento y utilización del índice paquetes/año en nuestro Servicio de Medicina Interna. Para ello se realizó un estudio transversal, mediante el uso de una encuesta, a una muestra de médicos internistas y a los residentes en período de rotación en nuestro servicio. Se analizaron el conocimiento de la fórmula del índice paquetes/año, su cálculo en un caso problema, su utilización sistemática en la práctica clínica y su interpretación como medida del hábito tabáquico.

La muestra estaba compuesta por 41 médicos (6 internistas de plantilla y 35 residentes, 18 de Medicina Interna y el resto, de especialidades médicas). Estuvieron representados en la muestra residentes de todos los años (8 residentes de primer año, 6 de segundo, 13 de tercer año, 6 de cuarto y dos de quinto año). Solamente conocía la fórmula de cálculo del índice paquetes/año uno de los médicos de plantilla. Entre los médicos residentes la conocían 19 de los 35 (54%), de los cuales 4 eran de Medicina Interna (22% de los residentes de esta especialidad). Sin embargo, al emplear la fórmula en la resolución de un caso problema, sólo fue aplicada correctamente por 8 de los médicos encuestados (19%). Treinta y dos de los 41 participantes respondieron que empleaban el número de cigarrillos/día como medida del consumo de tabaco, un médico residente no conocía el índice paquetes/año y 8 reconocían emplearlo habitualmente. En este último grupo, sin embargo, ninguno de los médicos supo interpretar correctamente un caso problema relacionado con el índice en cuestión. El 70% de los participantes pensaba que el índice paquetes/año no daba una idea más concreta que el número de cigarrillos/día en la evaluación del tabaquismo y que, por tanto, su utilidad era cuestionable. La respuesta más común expresada por los médicos que creían que el índice era clínicamente útil fue que «era una mejor medida del consumo a lo largo de la vida del individuo». No hubo diferencias en el conocimiento del índice entre los distintos años de residencia. La media de edad de los médicos de plantilla encuestados fue de 48 años.

Estos datos demuestran que el conocimiento del índice total de paquetes/año por los internistas jóvenes y por los médicos residentes es muy bajo. En general se prefiere el uso del consumo de tabaco en términos de cigarrillos/día y se desconoce en gran medida la utilidad del cálculo en paquetes/año en la evaluación de un paciente con riesgo de padecer enfermedades asociadas al tabaquismo, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

José Luis Hernández, Amaya Cuñado y Jesús González-Maciás

Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Universidad de Cantabria. Santander. España.

1. Jané M, Saltó E, Pardell H, Tresserras R, Guayta R, Taberner JL, et al. Prevalencia del tabaquismo en Cataluña 1982-1998: una perspectiva de género. *Med Clin (Barc)* 2002;118:81-5.
2. Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí JR, Borrás JM. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstitución a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. *Med Clin (Barc)* 2003;120:14-6.
3. Peña VS, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasanté C, Masa JF, et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest* 2000;118:981-9.
4. Barberá JA, Peces-Barba G, Agustí AG, Izquierdo JL, Monso E, Montemayor T, et al. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2001;37:297-316.