

el golpe de calor. Por otro lado, algunas de las muertes por calor se pueden prevenir mediante la detección temprana del problema y la consiguiente instauración, también temprana, de medidas preventivas. Para ello es necesario estar preparado en períodos de altas temperaturas ambientales, como la ocurrida este verano, así como disponer de datos de mortalidad fiables y tempranos. La crisis sanitaria provocada por la canícula en Francia este verano se debió, en parte, a un fallo de los sistemas de alerta.

A la vista de los datos aportados desde el Departamento de Patología Forense de Bizkaia, el sistema forense ha investigado un número significativo de muertes por golpe de calor, ha sido investigado por el sistema forense, sin que hasta el momento se hayan incluido en las estadísticas oficiales. Por ello, se recomienda que los estudios epidemiológicos que se están llevando a cabo analicen detalladamente las muertes investigadas en el campo médico forense. Además, se deberían arbitrar mecanismos para que la transferencia de información del sistema forense a las instituciones sanitarias encargadas de la epidemiología y prevención de este tipo de catástrofes sea rápida y eficaz. Como ha quedado demostrado en trabajos sobre mortalidad por drogas, muerte súbita, accidentes de tráfico, suicidios, la investigación basada en autopsias ofrece información útil y fiable en estudios sobre prevención y epidemiología en diversas áreas de la medicina^{2,5,6}.

Benito Morentín y Rafael Alcaraz

Servicio de Patología Forense de Bizkaia. Instituto Vasco de Medicina Legal. Bilbao. Bizkaia. España.

1. El Médico Interactivo [diario electrónico] 2003, 5 de septiembre de 2003, n.º 1034. Disponible en: titulares@medynet.com
2. Memoria del año 2003 del Instituto Vasco de Medicina Legal. Bilbao, 2003.
3. Donoghue ER, Graham MA, Jentzen JM, Lifschultz BD, Luke JL, Mirchandani HG. Criteria for the diagnosis of heat-related deaths: national association of medical examiners. Position Paper. Am J Forensic Med Pathol 1997;18:11-4.
4. Jiménez-Mejías ME, Montano Díaz M, Villalonga J, Bollain Tienda E, López Pardo F, Pineda JA, et al. Golpe de calor clásico en España. Análisis de una serie de 78 casos. Med Clin (Barc) 1990;94:481-6.
5. Penning R, Fromm E, Betz P, Kauert G, Drasch G, Von Meyer L. Drug death autopsies at the Munich Institute of Forensic Medicine (1981-1992). Forensic Sci Int 1993;62:135-9.
6. Morentín B, Suárez-Mier MP, Audicana C, Aguilera B, Garamendi PM, Elexpe X. Incidencia y causas de muerte súbita en menores de 36 años. Med Clin (Barc) 2001;116:281-5.

Presentamos un nuevo caso de mujer joven con clínica neurológica indicativa de hematoma subdural, sin sospecha clínica de malignidad, a la que finalmente se diagnosticó de linfoma del MALT primario de duramadre. El excelente pronóstico de esta entidad tras el tratamiento nos ha animado a describir este caso, único en nuestro país, a fin de ayudar a reconocer esta infrecuente lesión.

Mujer de 33 años de edad que acudió a urgencias por un cuadro de disartria con cefalea pulsátil de 2 meses de evolución. Entre los antecedentes personales destacaba una toxoplasmosis neonatal a los 6 meses de vida, con afectación ocular y cerebral, que remitió con tratamiento antibiótico (sulfadiazina y pirimetamina junto con ácido folínico para evitar la toxicidad sobre la médula ósea).

En el servicio de urgencias relató 3 episodios recientes de disestesias en la hemicara y el hemicuero izquierdo, con una duración de 5, 20 y 10 min, respectivamente, así como cefalea occipital que no cedía con analgésicos y que se incrementaba ante Valsalva, y hemiparesia leve en el hemicuero izquierdo. Durante su ingreso comentó que había presentado cuadros de epistaxis espontáneos. En la exploración se objetivó, en el fondo de ojo, papiledema bilateral. La tomografía computarizada sin contraste mostraba un moderado aumento ventricular global sin actividad, y aumento de densidad en la zona parietal derecha, con importante captación de contraste de forma compacta (fig. 1A).

En el acto quirúrgico se descubrió un tumor insertado en la superficie meníngea, friable y vascularizado, que penetraba en puntos aislados a través de los surcos cerebrales e infiltraba vasos corticales.

En el examen microscópico se observó una neoplasia constituida por una proliferación linfóide heterogénea en la que se identificaban folículos linfoides reactivos. Era patente una marcada expansión celular de los espacios interfoliculares formada por linfocitos de pequeño tamaño y hábito centrocítico, con núcleos irregulares que poseían áreas de acusada diferenciación plasmocitoide (fig. 1B). Inmunohistoquímicamente mostraba marcada positividad para el antígeno de línea B, CD79a, y el marcador BCL-2 era irregularmente positivo. El estudio de inmunoglobulinas evidenció un predominio de cadena ligera kappa. Se obtuvieron resultados negativos para los anticuerpos CD10, CD21, CD23, IgD y para la proteína p53. El índice de proliferación cuantificado a través de Ki-67 fue moderadamente positivo en el 50% de la celularidad.

Se extrajo ADN que se amplificó mediante reacción en cadena de la polimerasa utilizando los oligonucleótidos correspondientes a la región CDRIII de la cadena pesada de las inmunoglobulinas. El producto amplificado mostró una imagen en picos compatible con clonalidad.

La morfología y el fenotipo de las células tumorales permitieron efectuar el diagnóstico de linfoma de zona marginal de tipo MALT.

La frecuencia de afección del sistema nervioso central por linfomas no hodgkinianos es del 5-9%², mientras que los linfomas primarios de dicho sistema son muy infrecuentes (suponen menos del 1%)³.

La primera descripción de linfoma primario B de bajo grado asociado a mucosas (linfoma MALT) corresponde a Issacson y Wright¹, quienes en el año 1984 describieron un caso que afectaba al tubo gastrointestinal. Desde entonces se ha observado esta lesión en una amplia variedad de localizaciones, incluida la extranodal e incluso en ausencia de afección de mucosas^{4,5}. El primer caso de linfoma del MALT en duramadre lo presentaron Kummar et al⁶ en 1997. Hasta el momento se han publicado únicamente 9 casos de esta lesión con origen en la duramadre⁶⁻⁹.

El diagnóstico radiológico suele ser de meningioma o hematoma subdural⁸, con clínica variable que incluye cefalea, meningismo, ataxia, parálisis de pares craneales y paresia progresiva, por lo que en todos los casos descritos el diagnóstico se obtuvo tras el estudio morfológico/molecular. El curso clínico es rápido, con síntomas sistémicos muy poco tiempo después del comienzo de la enfermedad. Las características histológicas de estos linfomas son^{9,10}: un infiltrado linfóide polimorfo con predominio de células pequeñas de hábito centrocítico, con positividad para CD79a o CD20, presencia de células T reactivas sin atipia, folículos linfoides, diferenciación plasmocitoide, restricción de cadenas ligeras y marcadores CD5 y CD10 negativos. El diagnóstico de linfoma del MALT meníngeo requiere excluir la posibilidad de linfoma sistémico diseminado.

La baja frecuencia de esta entidad, así como sus características morfológicas y radiológicas.

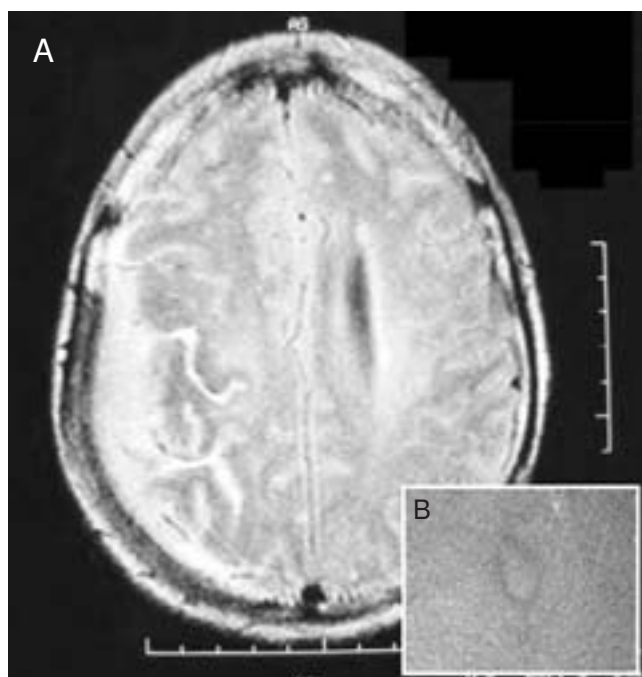


Fig. 1. A: Tomografía computarizada sin contraste que evidencia aumento de densidad en la zona parietal derecha; B: microfotografía en la que se observa una proliferación linfóide con presencia de un folículo linfóide netamente definido (hematoxilina-eosina, $\times 10$).

Linfoma del MALT primario de duramadre en una mujer de 33 años

Sr. Editor: El linfoma B de bajo grado asociado a mucosas fue descrito en 1984 por Issacson y Wright¹ en el aparato digestivo. A partir de este diagnóstico se han encontrado en muchas otras localizaciones. En 1997 se publicó el primer caso primario de duramadre y la revisión de la bibliografía actual muestra únicamente 9 casos nuevos. Todos los casos descritos se refieren a mujeres con una edad media de 52 años.



similares a las de otras lesiones linfoides o reactivas, hace que el diagnóstico definitivo sea, en muchas ocasiones, muy problemático. Esta dificultad diagnóstica se ve reflejada en el trabajo de Kummar et al⁶, quienes señalan que algunos de los casos publicados previamente como plasmocitomas meníngeos o linfomas eran en realidad subtipos de linfomas MALT. Todos los casos descritos corresponden a mujeres de mediana edad, la más joven de 39 años y la mayor de 64 años de edad, con una edad media de 52,7.

Generalmente estos linfomas se presentan como enfermedad localizada, por lo que pueden curarse con tratamiento local. Por otro lado, no es habitual que la enfermedad se disemine, aunque sí se han observado recidivas tardías⁸. Este comportamiento biológico contrasta con otros linfomas B de bajo grado de malignidad, los cuales, aunque de curso relativamente indolente, no se curan con los tratamientos actuales. Todos los casos descritos de MALT meníngeo primario han mostrado un pronóstico excelente tras la resección⁹.

Dado al carácter poco agresivo de la neoplasia y su excelente pronóstico tras el tratamiento local^{9,10}, recalamos la importancia de reconocer esta enfermedad para así utilizar las estrategias terapéuticas más adecuadas.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Elías Campo, del Hospital Clínic de Barcelona, sus valiosas aportaciones para el diagnóstico definitivo de este caso.

Javier Azúa-Romeo^a, Jorge Alfaro Torres^b,
David Rivero^c y Belén Sánchez Marín^d

^aServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. Huesca. España.

^bSección de Neuropatología. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

^cServicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

^dServicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

1. Isaacson PG, Wright DH. Extranodal malignant lymphoma arising from mucosa-associated lymphoid tissue. *Cancer* 1984;53:2515-24.
2. Levitt LJ, Dawson DM, Rosenthal DS. CNS involvement in the non-Hodgkin's lymphomas. *Cancer* 1980;54:545-52.
3. Murphy JK, O'Brien CJ, Ironside JW. Morphologic and immunophenotyping characterization of primary brain lymphomas using paraffin-embedded tissue. *Histopathology* 1989;15:449-60.
4. Thieblemont C, Bastion Y, Berger F. Mucosa associated lymphoid tissue gastrointestinal and nongastrointestinal lymphoma behavior: analysis of 108 patients. *J Clin Oncol* 1997;15:1624-30.
5. Ferrer A, López-Guillermo A, Bosch F, Montoto S, Hernandez JC, Camos M, et al. Linfomas del tejido linfóide asociado a mucosas (MALT) de localización extragástrica: análisis de 14 casos. *Med Clin (Barc)* 1999;112:577-80.
6. Kummar S, Kummar D, Kaldjian EP, Bauserman S, Raffeld M, Jaffe ES. Primary low grade B-cell lymphoma of the dura: a mucosa associated lymphoid tissue-type lymphoma. *Am J Surg Pathol* 1997;21:81-7.

7. Kambham N, Chang Y, Matsushima AY. Primary low-grade-B-cell lymphoma of mucosa associated lymphoid tissue (MALT) arising in dura. *Clin Neuropathol* 1998;17:311-7.
8. Goetz P, Lafuente J, Revesz T, Galloway M, Dogan A, Kitchen N. Primary low grade B-cell lymphoma of the dura mimicking the presentation of an acute subdural hematoma. *J Neurosurg* 2002;96:611-4.
9. Hussain A, Gullan RW, Al-Sarraj S. Primary MALT lymphoma of dura. *Brain Pathol* [revista electrónica] 2003 on line. Disponible en: <http://path.upmc.edu/divisions/neuropath/bpath/cases/case82.html>
10. Harris NL, Jaffe ES, Stein H. A revised European-American classification of lymphoid neoplasms: a proposal from the International Lymphoma Study Group. *Blood* 1994;84:1361-92.



Revisión de la utilización de las áreas de observación de urgencias hospitalarias

Sr. Editor: En relación con el interesante trabajo de revisión de Tudela y Mòdol¹ sobre las urgencias hospitalarias, consideramos de interés aportar nuestra experiencia en este campo.

Las áreas de observación de los servicios de urgencias (AOSU) constituyen una alternativa a la hospitalización convencional de enfermos agudos y, a su vez, una forma de organización de la asistencia urgente que responde a las necesidades de los enfermos²⁻⁴. Mediante la aplicación de una adaptación específica del Appropriateness Evaluation Protocol⁵ para esta alternativa de atención sanitaria, se ha revisado prospectivamente a los pacientes ingresados en la AOSU del Hospital Mútua de Terrassa durante un período de 18 meses. El AOSU es una unidad con 19 camas adscrita al Servicio General de Urgencias, en la que se atiende las 24 h a los enfermos adultos que ya han recibido una primera atención en Urgencias y cuya situación clínica no permite el alta inmediata. Para la gestión de esta área se acepta un objetivo de estancia máxima de 48 h, a partir de las cuales se debe ingresar al paciente, darle de alta a su domicilio o trasladarlo a otro centro sanitario.

Los 4.700 pacientes atendidos en la AOSU durante el período estudiado presentaron una estancia media (DE) de 29,3 (17,5) h. La proporción de ingresos inadecuados en la AOSU representó el 5,5% de las admisiones, y la proporción de estancias inadecuadas identificadas fue del 16,9%.

La realización de un análisis de regresión logística ha permitido señalar como variables independientes significativamente asociadas con una mayor probabilidad de admisión inadecuada

la estancia inadecuada (verano, primavera y otoño), una presión de urgencias inferior al 85%, la complejidad de la enfermedad, según los grupos relacionados con el diagnóstico, inferior al 0,6 y el sexo femenino. Por su parte, la estancia inadecuada ha estado asociada a la edad mayor de 64 años, estacionalidad (otoño e invierno), duración de la estancia menor de 24 h, ingreso hospitalario al alta de AOSU, complejidad mayor de 0,6, especialidad de medicina y admisión inadecuada previa. Como también se ha indicado en otros trabajos⁶⁻⁹, la utilización de los servicios de urgencias se ve influida por características del enfermo (edad, sexo, complejidad), el modelo organizativo y de gestión (especialidad, presión de urgencias) y factores ambientales (estacionalidad, días de la semana, horarios). El papel cada vez más importante de los servicios de urgencias en la calidad de la atención sanitaria de la población hace recomendable una adecuada protocolización de las áreas de observación previas a la admisión definitiva.

Juan María Ferrer Tarrés^a,
Andreu Prat Marín^b
y Santiago Tomás Vecina^c

^aResponsable de Calidad. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona.

^bDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Barcelona. Barcelona.

^cServicio de Urgencias. Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona. España.

1. Tudela P, Mòdol JM. Urgencias hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2003;120:711-6.
2. Tomás S, Duaso E, Ferrer JM, Rodríguez M, Porta R, Epelde F. Evaluación del uso apropiado de un área de observación de urgencias mediante el Appropriateness Evaluation Protocol: un análisis de 4.700 casos. *An Med Intern (Madrid)* 2000;17:229-37.
3. Muño A, Gil J, Gabarro N, Segado A, López C, Vilalba MV. Unidad de observación y corta estancia de medicina en el servicio de urgencias. *An Med Intern (Madrid)* 1998;15:138-41.
4. Estella J, Román J, Vidal V. Análisis de la actividad de una unidad de observación en un servicio de urgencias por medio de una escala de carga asistencial. *Emergencias* 1997;9:79-85.
5. Gertman PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Medical Care* 1981;19:855-71.
6. Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. *Med Clin (Barc)* 2001;116:92-7.
7. Miró O, Sánchez M, Mestre G, Coll-Vinent B, Bragulat E, Espinosa G, et al. Evaluación del impacto en la calidad asistencial y análisis coste-efectividad de la reforma de un servicio de urgencias de medicina. *Med Clin (Barc)* 2001;117:7-11.
8. González-Montalvo JI, Baztán JJ, Rodríguez-Mañas L, San Cristóbal E, Gato A, Ballesteros P, Salgado A. Ingreso hospitalario urgente: factores sociales asociados y sus diferencias en función de la edad. *Med Clin (Barc)* 1994;103:441-4.
9. Peiro S, Meneu R, Roselló ML, Portella E, Carbonell-Sanchis R, Fernández C, et al. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)* 1996;107:124-9.