

La sesión clinicocitológica: un rincón muy especial de reunión de la familia hematológica

Evarist Feliu-Frasnedo

Institut Català d'Oncologia. Servicios de Hematología-Laboratorio y Hematología Clínica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Departamento de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. España.

Los protagonistas de este artículo hay que imaginarlos en el laboratorio, sentados alrededor de un microscopio de múltiples cabezales, dispuestos a solucionar un problema diagnóstico y/o terapéutico que presenta un determinado paciente afectado de una hemopatía. Si se cumple el ciclo vital normal, coincidirán tres generaciones de médicos: la madura, la que se está consolidando y la que empieza a apuntar –los médicos internos y residentes (MIR)–, todas ellas al servicio del paciente, «*primum movens*» de nuestra profesión. Entre los asistentes los hay habladores y no habladores, escuchadores y no escuchadores, tomadores de apuntes y no tomadores de apuntes, pensadores en positivo y pensadores en negativo, en todas las combinaciones posibles y en mayor o menor grado. Aunque la mayoría son médicos, también puede haber biólogos, diplomados en enfermería y estudiantes de medicina.

La mecánica de estas sesiones debe seguir un esquema estructurado. Uno de los MIR prepara el resumen de la historia clínica del paciente, de una o dos páginas de extensión, que se entrega a los asistentes a la sesión y se lee en voz alta. A continuación, mediante un microscopio de cabezales múltiples conectado a una pantalla de vídeo se observan las preparaciones de sangre periférica, aspirado medular, citoquímica, biopsia de médula ósea, biopsia ganglionar o de otros tejidos, inmunohistoquímica, y se muestran los estudios de citometría de flujo, citogenética y biología molecular. En caso necesario, se examinan otras pruebas complementarias como, por ejemplo: radiografías, ecografías, gammagrafías, tomografía computarizada, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones y otras exploraciones. Seguidamente, se procede a la discusión del paciente y se propone por consenso, o de la forma más consensuada posible en casos muy complejos, el diagnóstico final y la actitud terapéutica. Si la sesión termina, en lugar de con una respuesta con una pregunta y el caso queda por resolver, se indica la realización de pruebas complementarias adicionales y se planifica posteriormente una nueva sesión sobre el mismo paciente, para ver si puede desatarse el nudo gordiano con que concluyó la sesión anterior. Finalmente se evalúa el interés científico del caso para su eventual publicación. La sesión se realiza a las 8.30 h y su duración aproximada es de 45 min. El tamaño aproximado del grupo es de unos 25 miembros y la edad de sus componentes oscila entre 25 y 65 años.

Es muy interesante ver cómo con el paso de los años, las sesiones se han ido perfeccionando, no sólo desde el punto

de vista formal, sino también de fondo. En efecto, lo que hace 2 décadas era una historia clínica manuscrita, con letra más o menos legible, se ha convertido en un relato escrito en letra de imprenta y con una estructura y presentación impecables. Tanto es así que muchas veces, tras su lectura, se puede apreciar que el problema, por el sólo hecho de mostrarlo, ya está medio resuelto. En cuanto al fondo, con el paso de los años hemos tenido la fortuna de poder asistir al advenimiento de nuevas técnicas de diagnóstico que nos permiten penetrar en la intimidad celular y que han facilitado enormemente la identificación de las hemopatías. Por no citar lo que ha representado la progresiva incorporación de la mujer a la vida científica médica en general y a la hematología-hemoterapia en particular. Es incontestable que en el campo del diagnóstico hematológico, principalmente del que viene de la mano del estudio de la sangre periférica y de la médula ósea, el gran desarrollo que se ha producido en España en los últimos 20 años se lo debemos mucho más a ellas que a ellos.

Uno de los primeros requisitos de estas sesiones es que se produzca un diálogo fructífero. Que se aprenda, utilizando términos futbolísticos, a jugar como equipo, es decir, uno para todos y todos para uno, porque ninguno de los asistentes puede ser absolutamente completo en sí mismo y porque todo profesional tiene algo que enseñar al resto de los compañeros y mucho que aprender de ellos. Por otra parte, siempre puede haber alguien que cree saber exactamente lo que tiene el paciente, pero no debe olvidar nunca que tendrá enfrente a otros que no lo tienen tan claro. Al final puede ganar la partida o no pero, en cualquier caso, siempre es mejor tratar de encontrar la verdad todos juntos, porque siempre hay formas diferentes de ver las cosas. ¡Cuántas veces hemos analizado un caso cuyo diagnóstico nos parecía inequívoco y que cambió por completo después de la sesión, pasando incluso en alguna ocasión de ser considerado un proceso maligno a otro benigno y viceversa! De hecho, nuestro trabajo es un ejercicio constante donde el riesgo de error está siempre presente y, si de vez en cuando no nos paramos a reflexionar sobre los propios errores, correremos el riesgo de repetirlos o de no rectificarlos y no evitaremos que otros caigan en ellos.

A la hora de afrontar una sesión clinicocitológica, en primer lugar es necesario saber escuchar, defender las opiniones propias en el momento adecuado y desarrollar propuestas creativas para llegar a la verdad, o sea, al diagnóstico correcto. Muchas veces es necesario que el director del grupo desempeñe una función moderadora, pero sólo para hacer observaciones o desarrollar opciones, para fomentar una «tormenta de ideas» entre las partes que les ayude a encontrar el camino del diagnóstico correcto y, por ende, del tratamiento adecuado. El moderador, más que proponer soluciones, ayuda a las partes a entenderse y a que vean que dialogando se alcanzan mejores resultados que con la in-

Correspondencia: Dr. E. Feliu-Frasnedo.

Institut Català d'Oncologia. Hospital Germans Trias i Pujol.
Ctra. de Canyet, s/n. 08916 Badalona. Barcelona. España.
Correo electrónico: efeliu@iconcologia.net

Recibido el 29-6-2005; aceptado para su publicación el 9-9-2005.

transigencia y el enfrentamiento. Conviene recordar que incluso en las sesiones más tranquilas, una chispa, un simple imprevisto, puede desencadenar el infierno en unos segundos. A lo largo de toda la sesión cabe no olvidar el viejo dicho marinero que dice que cuando la mar está en calma es cuando hay que vigilar más.

La estrategia de procurar armonizar los talentos sentados alrededor de un microscopio y extraer lo que llevan dentro es muy rentable para el paciente desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. El director no ha de ser ni más ni menos ejemplar que sus colaboradores. Basta con que sea uno más, que no trate de dar lecciones y cumpla bien su trabajo, y si encima lo hace educadamente, mucho mejor. No es bueno ni que tome excesivo protagonismo ni que se inhiba. El término medio, esa cosa tan difícil de encontrar, sería lo ideal¹. De hecho, los mejores directores no son los que más hablan, sino los que mejor escuchan. Algunos incluso con una sola arma, la mirada, tienen bastante para dirigir. También es cierto que, además de coordinar, muchas veces le tocará desempatar y en último término decidir. A partir de los 50, el sentido común del director, así como su punto de vista generalista y su visión globalizadora, se impondrá sobre sus habilidades personales o los conocimientos adquiridos a lo largo de su carrera, y esto es fundamental. Hay muchos jóvenes que se comportan como excelentes técnicos, pero que todavía no tienen esta visión global, la que dan los años de experiencia y que permite ver las cosas más lejos y con perspectiva, quitar importancia a hechos que parecían trascendentales y saber manejar el poder de la sencillez.

Estas sesiones cumplen las 3 misiones que tiene el hospital universitario, la asistencia, la docencia y la investigación. La asistencia, porque contribuyen a solucionar problemas diagnósticos y a adoptar decisiones terapéuticas en pacientes afectados de una hemopatía. Éste es un aspecto diferencial muy interesante de nuestra especialidad, la hematología-hemoterapia. En efecto, en general, en el resto de las especialidades médicas, el especialista ordena que se practique, por ejemplo, una biopsia al paciente y recibe un informe procedente de anatomía patológica donde se indica el tipo de proceso que presenta. En función del citado informe y del diagnóstico de extensión de la enfermedad, prescribe un tratamiento determinado. En el caso del hematólogo la situación es diferente, pues una parte fundamental de su trabajo consiste tanto en realizar la visita clínica del paciente como en estudiar sus células en el laboratorio, desde el punto de vista citológico, fenotípico, citogenético y/o molecular, para realizar el diagnóstico y decidir el tratamiento. Las principales enfermedades que presentan los pacientes sujetos a discusión son: linfomas de Hodgkin y no hodgkinianos, síndromes linfoproliferativos crónicos con expresión leucémica, síndromes mieloproliferativos crónicos (leucemia mieloide crónica, policitemia vera, trombocitemia esencial, mielofibrosis idiopática), síndromes mielodisplásicos, gammopathías monoclonales (mieloma múltiple y macroglobulinemia de Waldenström), aplasia medular, hemopatías benignas (anemias, leucopenias y trombocitopenias) y seudohemopatías.

La docencia, porque los MIR y los alumnos de pregrado, al participar en estas sesiones, tienen la oportunidad de trabajar junto a sus maestros, de aprender a observar en lugar de sólo mirar, de ver cómo aquéllos, a pesar de la seguridad que transmiten, adquirida tras muchos años de experiencia, dudan en algunos momentos –una forma excelente de acercarse a la verdad–, cómo se equivocan –un error equivale a mil éxitos–, cómo llegan a la conclusión de que en algún caso hay que pedir ayuda externa y cómo discuten, y de

darse cuenta que en medicina, por el hecho de no ser una ciencia exacta, muchas veces las cosas no son tan claras como cuando se explican en clase. Particularmente interesante es el momento en que uno de los participantes, mediante sus argumentos científicos, trata de convencer a los demás de aquello de lo que está convencido. Ni que decir tiene que en la sesión se puede aprender también mucho fijándose en lo que hacen y escuchando lo que dicen los otros compañeros MIR, que son, en realidad, «los otros maestros». En la sesión se aprende a dialogar científicamente, es decir, a opinar y a escuchar lo que dicen los demás, algo que no se hace en los libros; más aún, y mucho más importante, se aprende a callar y a saber usar el silencio y a apreciar su valor, cosa harto difícil en un país como el nuestro, más proclive en general a las manifestaciones orales y gesticulosas que a las escritas. Por supuesto, también es bueno aprender a decir lo que se piensa aunque se vaya en contra de todo el mundo. A defender lo que se cree, de manera abierta y matizada, pero siempre con absoluta libertad, sin miedo al enfrentamiento y aun sabiendo que uno puede equivocarse. Después de muchos años de sesiones, creo poder afirmar que en el seno de nuestro grupo hay un ambiente de confianza que hace que no haya miedo a preguntar sobre lo que se ignora, lo que se duda o lo que no se entiende, porque no se esperan respuestas envenenadas o cáusticas. Y si las hubiese, porque es humano y todos podemos tener un mal momento, conviene tener siempre presente que de las heridas producidas por los dardos de los compañeros también se aprende mucho. En cualquier caso, siempre es preferible que el servicio en el que se trabaja sea una balsa de aceite y no una caja de truenos.

Un aspecto docente que también cumplen estas sesiones es el de la formación continuada. Los que ya pertenecemos a la generación madura hemos aprendido que enseñando se aprende mucho. Por otra parte, la revolución tecnológica a la que estamos asistiendo imprime a la ciencia médica un ritmo tal que, de no procurar estar al día y mantener el espíritu joven, muchos de nosotros podríamos sentirnos anticuados, incluso mucho antes de llegar a la jubilación. Con el paso de los años uno se da cuenta de que la madurez científica siempre está por llegar y que siempre se está creciendo y aprendiendo algo nuevo cada día.

Por último, la tercera misión que cumplen las sesiones es la investigación, porque pueden conducir, una vez alcanzado su objetivo primordial, que consiste en solucionar el problema diagnóstico y/o terapéutico del paciente, a la publicación de determinadas observaciones clínicas y citológicas en revistas biomédicas, por su gran interés científico. Ello obliga a ordenar y plasmar por escrito la historia clínica del paciente y todo lo discutido el día de la sesión, una vez recopilado, ordenado y analizado en profundidad, contribuyendo así al progreso de la medicina. Publicar los casos discutidos es, evidentemente, un acto de creación científica que exige mucho esfuerzo y horas de trabajo, pero que al mismo tiempo puede convertirse en un goce y, a la postre, puede contribuir al progreso intelectual y científico. Los trabajos que se mencionan en las referencias bibliográficas del presente artículo²⁻⁷⁸ son fruto de las sesiones clinicocitológicas realizadas durante 22 años en los Servicios de Hematología y Unidades de Hematopatología de dos centros hospitalarios universitarios, el Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, de la Universitat de Barcelona, y el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, de la Universitat Autònoma de Barcelona. En ellos, el lector no encontrará grandes series de pacientes, salvo en el último, dedicado a los errores detectados, sino que tan sólo hallará la descripción de un

paciente por trabajo, cuyos hechos clinicobiológicos estaban ahí, delante de nosotros y plantearon un problema o bien despertaron nuestra curiosidad, y ello fue motivo de análisis y de reflexión; además, por el interés científico y por el mensaje que de él se podía desprender, se decidió su publicación en una revista biomédica. Es cierto que son trabajos descriptivos, considerados de poca fuerza, es decir, de diseño débil, que sólo se trata de una investigación clínica íntima, sin mayúsculas, que no permite inferencias estadísticas, pero son historias clínicas bien contadas, que a lo mejor valen tanto, por el mensaje que aportan, como un trabajo de diseño fuerte. Es decir, que siendo poco, en algún caso pueden llegar a decir mucho.

En la sesión, con el ordenador y el teléfono móvil apagados, se hace patente la necesidad del contacto interpersonal directo en medicina. En ella se puede disfrutar de lo que se hace y hay que compartir esos momentos de bienestar, aunque también se pueden pasar momentos de turbación, pues, mientras que las cuartillas escritas sobre la dolencia del paciente para su eventual publicación no se sonrojan, las caras sí.

Los maestros, que también fueron discípulos, no deben olvidar que es esencial valorar y aceptar las cualidades de sus colaboradores, no sólo quererlos, sino intentar comprenderlos y, sobre todo, transmitirles ilusión. A éstos, no hay nada que pueda marcarlos tanto y empujarlos en una determinada dirección como la fuerza de un modelo, configurado durante años, a través de la palabra, la conducta y, sobre todo, el ejemplo. De hecho, el mejor discurso que se les puede hacer es que vean actuar a sus superiores, con naturalidad y sencillez. Luego, ellos ya se ocuparán de no limitarse a imitar lo que hicieron sus maestros, sino de realizar cosas diferentes y de una manera diferente, porque están en una época diferente, aunque el espíritu que les guíe pueda ser el mismo que el de sus antecesores.

Otro aspecto interesante de las sesiones es que constituyen un buen foro en el que se puede ir perfilando a lo largo de años la figura del posible sucesor. Ello es bueno y necesario, porque si no hay sucesor con carisma y capacidad de liderazgo no hay futuro. Como las habilidades de líder son aspectos consustanciales a la persona, más que el resultado de un aprendizaje en la universidad, el deber del director es estar muy atento a lo que preguntan los colaboradores, a cómo se expresan, cómo preparan las sesiones, cómo interedian, cómo responden a las preguntas, en definitiva, cómo son desde el punto de vista humano y científico y cómo se vislumbra que pueden ser una vez llegados a la madurez. La idea que debe prevalecer es, siguiendo el dicho de la cultura empresarial anglosajona para buscar un líder: «busca y selecciona a alguien mejor que tú mismo y que llegue más lejos del lugar al que tú llegaste» y, sobre todo, procura que tenga un núcleo interior fuerte, que sepa calibrar muy bien sus posibilidades, prescindir de mirar a los lados buscando la comparación constante con los otros y, además, que tenga paciencia y no quiera llegar a los sitios antes de hora. Y si tiene sentido del humor, mucho mejor.

Durante la sesión clinicocitológica, el director y su equipo trabajan conjuntamente. En caso de ausencia del director o de su sustituto, debido a sus viajes de trabajo o a sus múltiples reuniones científicas fuera del servicio, lo que no debería suceder en demasía, el equipo debe realizar igualmente la sesión, trabajando de forma más participativa y horizontal y funcionando mediante autodirección, cual orquesta de cámara, con la interacción de todos a través del diálogo científico, que conducirá al debate y a la confrontación de ideas. La sesión también puede ayudar a los jóvenes a escoger el camino de la subespecialización, porque consiga despertar

en ellos la atracción por un determinado tipo de hemopatía, de técnica de laboratorio o de tratamiento. A lo largo de su carrera, muchos de ellos son muy buenos en muchos ámbitos que abarcan desde la clínica al laboratorio de citología, pasando por el banco de sangre y la hemostasia; pero, si quieren llegar a figurar entre los mejores, deben concentrarse y especializarse sólo en una, sin olvidar nunca su formación como hematólogos generales. Si así lo hacen, con el paso del tiempo y después de años de trabajo intenso y bien realizado, puede que llegue un día en que figuren en la lista mágica de los escogidos, y a partir de ahí, el éxito medido, el salto a la fama y las invitaciones sin cesar a congresos y reuniones científicas. También les llegará el día en que deberán aprender a decir no a tanta invitación, aunque ello les resulte incómodo, pues de lo contrario pronto notarán que comienza a resentirse su actividad cotidiana en el hospital.

¡Cuántas enseñanzas con tan sólo el contacto interhumano! Aprender a observar, a pensar, a escuchar, a opinar, a callar, a fijarse de la gran fuerza del grupo, a juzgar como positivas las críticas y sugerencias de los compañeros, a captar lo que te dicen y lo que te quieren decir, y a leer y escribir en clave científica, por aquello de que «ciencia es todo lo que se publica en las revistas científicas» y de que «no sabemos de verdad lo que decimos hasta que no lo escribimos». En suma, trabajar durante 45 min cada semana para solucionar el problema diagnóstico y/o terapéutico de un paciente, al mismo tiempo que «se procura ir haciendo equipo», que es el secreto del éxito, y fomentar el sentimiento de pertenencia y compromiso con el grupo profesional. Además, el hecho de pararse a pensar y hablar sobre un paciente, todos juntos recluidos en un rincón del servicio y apartados momentáneamente de las urgencias cotidianas, compartiendo el tiempo y conviviendo, seguramente es un ejercicio muy bueno para todos los componentes del grupo. Es un período relativamente corto en el que se está realizando un pequeño trabajo de artesanía que requiere lentitud y sosiego. En definitiva, un rincón muy especial para acercar la poyata del laboratorio a la cabecera del paciente. Luego, tras la sesión, la familia hematológica seguirá su camino, cada uno de sus miembros desempeñando el papel que le corresponde según la estación vital en la que se encuentre, unos aprendiendo a hacer, otros haciendo, otros enseñando a hacer y otros dejando hacer.

La reunión conjunta de clínicos, citólogos, citometristas, citogenetistas, expertos en transfusión sanguínea, patólogos, radiólogos y especialistas de otras ramas de la medicina interna y de la cirugía, al servicio del enfermo, fomenta la unión de nuestra especialidad, la hematología-hemoterapia, un barco que en todo momento debería saber adónde va y que, como otras especialidades médica-quirúrgicas, dobla periódicamente su cabo de Hornos particular dentro de las instituciones hospitalarias, con vientos disgregadores huracanados que obligan a todos cuantos estamos metidos en él a seguir trabajando intensamente para que continúe navegando íntegro a pesar de las zozobras, no vaya a la deriva o no se parta en dos o más fragmentos después de cada tempestad, con el peligro de naufragio que ello supondría. Ésta es una empresa a la que muchos pueden haber dedicado una parte importante de su vida porque creyeron absolutamente en ella; aunque luego ocurra que, como las organizaciones suelen ser muy ingratas, no valoren justamente el esfuerzo que se puede haber puesto en ellas. No obstante, esto no debe importarnos, pues la especialidad debe ser al final la gran triunfadora y los pacientes afectados de hemopatías, los grandes beneficiados; los protagonistas siempre deberán conformarse con un papel secundario y transitorio.

Agradecimientos

Al Sr. Josep Carreras por la ayuda recibida durante tantos años de la Fundació Internacional Josep Carreras per a la Lluita Contra la Leucèmia, que él preside.

A los colaboradores y maestros que de una u otra forma han participado en las sesiones clinicocitológicas durante 22 años, en los Servicios de Hematología y Unidades de Hematopatología de 2 instituciones hospitalarias, el Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, Universitat de Barcelona, y el Institut Català d'Oncologia del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, Universitat Autònoma de Barcelona: E. Abella, J.L. Aguilar, I. Alcorta, A. Álvarez, M. Arambarri, E. Arellano, L. Arenillas, M. Aymerich, M. Battle, L. Berga, J. Bladé, A. Boccia, J.A. Bombí, F. Bosch, J. Briones, R.M. Brugués, M. Cabezón, R. Calvo, M. Camós, E. Campo, L. Carrera, A. Carrió, F.J. Casals, R. Castillo (†), S. Catot, M.E. Centurión, F. Cervantes, M.T. Cibeira, J. Cid, B. Cirauqui, F. Cobo, D. Colomer, F.J. Corral, D. Costa, D. Curiá, J. Durán, A. Ester, L. Escoda, J. Esteve, O. Etxaniz, J. Feliu, F. Fernández-Avilés, J.A. Ferreira, A. Ferrer, M. Fitó, A. Flores, A. Fuentes, A. Gaya, E. Giné, J. Gómez, M. Gómez, I. Granada, M. Granell, A. Grañéa, J. Grau, A.L. Guillermo, M. Guillot, J.A. Hernández, J.C. Hernández, G. Javier, C. Jiménez, M. Jiménez, O. Jiménez, J.M. Jou, J. Juncà, D. Kimberly, G. Las Heras, L. Layos, A. Lázaro, M.P. López, M. Lozano, C. Llevaria, N. Lloveras, E. Macías, J.L. Manzano, M. Margelí, P. Marín, E. Márquez, C. Martí, J.M. Martí, C. Martín, A. Martínez, M.C. Martínez, T. Masat, J.L. Mate, E. Matutes, J. Maurel, A. Merino, F. Millá, F. Molina, S. Montoto, E. Montserrat, T. Morán, A. Muntañola, E. Nadal, J.T. Navarro, B. Nomdedeu, A. Oriol, M. Orts, A. Pereira, E. Pérez Vila, S. Piernas, E. Plensa, L. Pumar, M. Pujol, M. Rafel, J.C. Reverter, M. Ribas Mundó, J.M. Ribera, N. Riutort, S. Rives, Ll. Rodríguez, J. Roncalés, L. Rosiñol, M. Rovira, C. Rozman, M. Rozman, N. Ruiz, M. Sagrario, C. Salgado, L. Sánchez, J.M. Sancho, C. Sanz, L. Sanz, A. Serra, A. Serrano, S. Serrano, J. Sierra, M.C. Talar, D. Tàssies, M.J. Terol, R. Thomson, M. Torrabadell, E. Tuset, A. Urbano-Ispízua, F. Vall-Llovera, M. Vaqueró, X. Vázquez, D. Vela, N. Villamor, J.L. Vives-Corrons, S. Vives, S. Woessner, J. Vrbojrova, M. Xandri, B. Xicoy, L. Zamora, M.A. Zarco. A los compañeros del Hospital del Mar y del Club Catalán de Citología Hematológica, que tantas veces nos han ayudado a resolver casos difíciles:

E. Alonso, A. Aventín, R. Ayats, E. de la Banda, E. Cabezudo, J.M. Corominas, N. Crespo, A. Domingo, L. Florensa, M. Gallart, D. Irigüible, A. López, J. Lloreta, F. Millá, D. Navarro, J.T. Navarro, E. Pérez Vila, C. Sánchez, S. Serrano, F. Solé, R. Soto, M. Rozman, M.T. Vallespí, S. Woessner.

Al Instituto de Salud Carlos III, Subdirección General de Investigación Sanitaria, FIS (beca RTIC-03-10).

A Anna Virgili por su inestimable ayuda en la preparación del manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordóñez Gallego A, Espinosa Arranz E. La sesión clínica según la dinámica de grupo. *Med Clin (Barc)*. 1996;107:620-2.
2. Vives-Corrons JL, Feliu E, Pujades MA, Cardellach F, Rozman C, Carreras A, et al. Severe glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) deficiency associated with chronic hemolytic anemia, granulocyte dysfunction and increased susceptibility to infections: description of a new molecular variant (G6PD Barcelona). *Blood*. 1982;59:428-34.
3. Feliu E, Rozman C, Montserrat E, Gallart T, Márquez Pereira JP. Cytoplasmic inclusions in lymphocytes of chronic lymphocytic leukaemia [carta]. *Scand J Haematol*. 1983;31:510-2.
4. Ribera JM, Bladé J, Feliu E, Rozman C. Espondiloartritis anquilopoyética y anemia hemolítica autoinmune [carta]. *Med Clin (Barc)*. 1983;81:815-6.
5. Feliu E, Berga L, Ribera JM, Vives-Corrons JL, Rozman C. On the difficulties in the diagnosis of hairy cell leukaemia [carta]. *Scand J Haematol*. 1984;33:492-3.
6. Ribera JM, Bladé J, Feliu E, Rozman C. Púrpura trombocitopénica idiopática tras la recuperación de una aplasia medular benzólica [carta]. *Sangre*. 1984;29:224-5.
7. Ribera JM, Bladé J, Feliu E, Palou J, Martínez JM, Rozman C. Mielofibrosis idiopática con metaplasia mieloide cutánea [carta]. *Sangre*. 1984; 29:478-9.
8. Feliu E, Gardella S. Seudotrombocitopenia por EDTA; posible causa de un diagnóstico erróneo de enfermedad de Werlhof [carta]. *Med Clin (Barc)*. 1985;84:755.
9. Ribera JM, Carreras E, Cervantes F, Feliu E, Rozman C. Enfermedad de Hodgkin con fistulización cutánea de las adenopatías [carta]. *Sangre*. 1985;30:61-2.
10. Rozman M, Brugués R, Feliu E, Rozman C. Células de Mott, signo de sospecha de la tripanosomiasis africana [carta]. *Sangre*. 1986;31:367-9.
11. Campo E, Urbano-Ispizúa A, Matutes E, Feliu E, Cardesa A. Large B-cell lymphoma presenting with lytic bone lesions and hypercalcaemia [carta]. *Histopathology*. 1988;13:477-9.
12. Cervantes F, Martí JM, Rozman C, Monforte R, Feliu E, Vives-Corrons JL. Chronic neutrophilic leukemia with marked myelodysplasia terminating in blast crisis. *Blut*. 1988;56:75-8.
13. Feliu E, Urbano-Ispizúa A, Matutes E, Aymerich M, Campo E, Aguilar JL, et al. Linfoma linfoplasmocitídeo veloso en un varón de ochenta y seis años con esplenomegalia gigante. *Patología*. 1988;21:226-8.
14. Monforte R, Feliu E, Campo E, Llevaia C, Montserrat E, Vives-Corrons JL, et al. Intestinal lymphoma in a patient with chronic lymphocytic leukemia of atypical phenotype. Richter's syndrome of unusual presentation. *Acta Haematol*. 1988;80:116-9.
15. Pedro-Botet J, Feliu E, Rozman C, Agustí C, Ribera JM, Bladé J, et al. Cutaneous myeloid metaplasia with dysplastic features in idiopathic myelofibrosis. *Int J Dermatol*. 1988;27:179-80.
16. Pérez-Villa F, Font J, Feliu E, Campo E, Ingelmo M. Insuficiencia hepática grave postesplenectomía en una paciente con metaplasia mieloide agnogénica. *Med Clin (Barc)*. 1988;91:108-10.
17. Javier G, Millá F, Prats Viñas J, Feliu E. Anomalía de May-Hegglin en una familia. *Sangre*. 1989;34:71-3.
18. López-Guillermo A, Cervantes F, Ribera JM, Feliu E, Florensa L, Rozman C. Eritroblastopenia asociada a leucemia mielomonocítica crónica. *Sangre*. 1989;34:303-5.
19. Montserrat E, Lozano M, Urbano-Ispizúa A, Matutes E, Feliu E, Ercilla G, et al. Adult T-cell leukemia in a chilean resident in Spain: Long lasting remission after 2'- deoxycorformycin treatment. *Leuk Lymphoma*. 1989;1:47-9.
20. Urbano-Ispizúa A, Campo E, Feliu E, Quintero L, Vives-Corrons JL, Montserrat E, et al. Linfoma no hodgkiniano con reacción granulomatosa esplénica. *Med Clin (Barc)*. 1989;92:661-4.
21. Millá F, Ribera JM, Abella E, Las Heras G, Juncà J, Javier G, et al. Leucemia aguda linfoblástica de fenotipo T que simula una LAL de tipo Burkitt [carta]. *Sangre*. 1990;35:327-8.
22. Masat T, Feliu E, Tassies D, Rovira M, Grañena A, Rozman C. Pseudo-Pelger-Hüet anomaly after bone marrow transplantation [carta]. *Hemat Pathol*. 1991;5:89-91.
23. Rovira M, Feliu E, Florensa L, Woessner S, Tassies D, Montserrat E, et al. Acquired amegakaryocytic thrombocytopenic purpura associated with immunoglobulin deficiency. *Acta Haematol*. 1991;85:34-6.
24. Zarco MA, Feliu E, Rozman C, Masat T, Aymerich M, Jou JM, et al. Ultrastructural study of erythrocytes containing Pappenheimer bodies in a case of congenital sideroblastic anaemia (CSA). *Br J Haematol*. 1991; 78:577-8.
25. Feliu E, Cervantes F, Ferrando J, Puig S, Martí JM, Rozman C. Neutrophilic pustulosis associated with chronic myeloid leukemia: a special form of Sweet's syndrome. Report of two cases. *Acta Haematol*. 1992; 88:154-7.
26. Granada I, Ribera JM, Juncà J, Millá F, Feliu E. Translocación (4;11) asociada a leucemia aguda linfoblástica de línea B madura en un paciente adulto [carta]. *Sangre*. 1992;37:413-4.
27. Las Heras G, Ribera JM, Jiménez C, Millá F, Feliu E. Linfoma no hodgkiniano primario de ovario. Descripción de un caso [carta]. *Sangre*. 1992; 37:302.
28. Jiménez C, Juncà J, Millá F, Ribera JM, Feliu E. Leucemización súbita en un paciente con un linfoma no hodgkiniano de bajo grado de malignidad [carta]. *Sangre*. 1992;37:417-8.
29. Juncà J, Millá F, Kian C, Feliu E. Intracytoplasmic immunoglobulin inclusions in a case of chronic lymphocytic leukemia [carta]. *Am J Hematol*. 1992;40:316-7.
30. Martí RM, Estrach T, Palou J, Urbano-Ispizúa A, Gratacós J, Cervera R, et al. Specific cutaneous lesions in a CD8 + peripheral T-cell lymphoma. *Int J Dermatol*. 1992;31:624-8.
31. Masat T, Feliu E, Aguilar JL, Rozman M. Células LE en la sangre periférica y en el líquido pleural de una paciente con artritis reumatoide [carta]. *Med Clin (Barc)*. 1992;99:319.
32. Salgado C, Feliu E, Bladé J, Rozman M, Aguilar JL, Rozman C. A second bone marrow biopsy as a cause of a false diagnosis of myelofibrosis. *Br J Haematol*. 1992;80:407-9.
33. Tassies D, Berga L, Feliu E, Ferrán MJ, Nomdedeu B, Bombí JA, et al. Hemangioma cavernoso del bazo con síndrome de coagulación intravascular localizada (síndrome de Kasabach-Merritt). Estudio ultraestructural. *Sangre*. 1992;37:145-9.
34. Tassies D, Cervantes F, Feliu E, Cabal G, Martínez-Orozco F, Rozman C. Enfermedad de Behcet de inicio previo a la aparición de leucemia mieloide crónica. *Med Clin (Barc)*. 1992;99:67-8.
35. Battle M, Ribera JM, García-Vidal O, Roncalés J, Millá F, Feliu E. Leucemia aguda a basófilos con intensa reacción eritroblástica. *Sangre*. 1993; 38:385-7.
36. Cervantes F, Urbano-Ispizúa A, Villamor N, Feliu E, Millá F, López-Guillermo A, et al. Ph-positive chronic myeloid leukemia mimicking essential thrombocythemia and terminating into megakaryoblastic blast crisis: report of two cases with molecular studies. *Leukemia*. 1993;7:327-30.

37. Las Heras G, Ribera JM, Ballester J, Millá F, Feliu E. Tumoración palpebral bilateral como primera manifestación de un linfoma no hodgkiniano diseminado [carta]. *Sangre*. 1993;38:157-8.
38. Jiménez C, Ribera JM, Abad E, Pintó G, Millá F, Juncà J, et al. Increased serum tumour necrosis factor during transient remission in acute leukaemia [carta]. *Lancet*. 1993;341:1600.
39. Jiménez C, Ribera JM, Juncà J, Millá F, Vaquero M, Feliu E. Síndrome de Richter con afeción exclusivamente cutánea [carta]. *Sangre*. 1993;38:67-9.
40. Millá F, Feliu E, Ribera JM, Juncà J, Flores A, Vidal J, et al. Electron microscopic identification of parvovirus virions in erythroid and granulocytic-line cells in a patient with human parvovirus B 19 induced pancytopenia. *Leuk Lymphoma*. 1993;10:483-7.
41. Salgado C, Feliu E, Montserrat E, Villamor N, Ordi J, Aguilar JL, et al. B-type large-cell primary splenic lymphoma with massive involvement of the red pulp. *Acta Haematol*. 1993;89:46-9.
42. Tassies D, Cervantes F, Feliu E, Ordi J, Campo E, Rozman C. T-cell lymphoblastic lymphoma with blood eosinophilia and associated myeloid malignancy [carta]. *Am J Surg Pathol*. 1993;17:92-3.
43. Flores A, Olivé A, Feliu E, Tena X. Systemic lupus erythematosus following interferon therapy [carta]. *Br J Rheumatol*. 1994;33:787-92.
44. Navarro JT, Ribera JM, Millá F, Flores A, Florensa L, Granada I, et al. Hipoplasia medular asociada a disqueratosis congénita. Estudio de un caso. *Sangre*. 1994;39:207-9.
45. Rozman M, Vives-Corrons JL, Germà JR, Colomer D, Villamor N, Rozman C. Giant parallel tube arrays (PTAs): a new type of lymphocyte inclusion. *Leukemia*. 1994;8:2217-23.
46. Oriol A, Ribera JM, Hernández A, Soriano V, Millá F, Feliu E. Aplastic anemia after non-A, non-B, non-C hepatitis. *Haematologica*. 1994;79:168-9.
47. Esteve J, Cervantes F, Rozman M, Aguilar JL, Colomer D, Rozman C. Síndrome de condensación anómala de los granulocitos: descripción de un nuevo caso y revisión bibliográfica. *Sangre*. 1995;40:327-30.
48. Las Heras G, Ribera JM, Salinas I, Feliu E. Recidiva tiroidea de un linfoma primario de mama [carta]. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:157-8.
49. Las Heras G, Martí JM, Villamor N, Ribera JM, Feliu E, Rozman C. Neutropenia intensa de 14 años de duración como única manifestación de un síndrome mielodisplásico. *Med Clin (Barc)*. 1995;105:619-21.
50. Navarro JT, Ribera JM, Vaquero M, Tuset E, Juncà J, Millá F, et al. Erythema nodosum as the presenting feature of T-cell rich B-cell lymphoma. *Ann Hematol*. 1995;70:107-8.
51. Tuset E, Ribera JM, Doménech E, Vaquero M, Oller B, Armengol M, et al. Hiperplasia seudotumoral del lóbulo caudado del hígado en una paciente con síndrome de Alagille. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:420-2.
52. Esteve J, Rozman M, Campo E, Muñoz F, Urbano-Ispizúa A, Rozman C. Leukemia after true histiocytic lymphoma: another type of acute monocytic leukemia with histiocytic differentiation (AML-M5c)? *Leukemia*. 1995;9:1389-91.
53. Fuentes A, Feliu E, Bladé J, Campo E, Ribera JM, Cervantes F, et al. Pancitopenia esplenomegálica de probable origen inmune: curación con glucocorticoides. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:263-6.
54. Gómez-Espuch J, Ribera JM, Vaquero M, Feliu E. Anemia hemolítica autoinmune asociada a la enfermedad de Castleman. Respuesta de ambas enfermedades al tratamiento con glucocorticoides [carta]. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:677-8.
55. Navarro JT, Ribera JM, Pérez Piteira J, Vaquero M, Zarco MA, Juncà J, et al. Linfoma de la zona marginal del bazo. Estudio de un caso. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:141-3.
56. Orts M, Ribera JM, Calatrava A, Larrouse E, Catalán R, Navarro JT, et al. Infiltración cardíaca seudotumoral en un paciente con leucemia aguda monocítica. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:545-7.
57. Calvo R, Ribera JM, Batlle M, Sancho JM, Granada I, Flores A, et al. Acute promyelocytic leukemia in a HIV seropositive patient. *Leuk Lymphoma*. 1997;26:621-4.
58. Calvo R, Ribera JM, Vaquero M, García O, Moreno I, Feliu E. Low-grade, MALT-type, primary B-cell lymphoma of the conjunctiva. *Leuk Lymphoma*. 1997;28:203-7.
59. Esteve J, Cervantes F, Rives S, Rozman M, Zarco MA, Montserrat E. Simultaneous occurrence of B-cell chronic lymphocytic leukemia and chronic myeloid leukemia with further evolution to lymphoid blast crisis. *Haematologica*. 1997;82:596-9.
60. Sancho JM, Ribera JM, Rosell A, Muñoz C, Feliu E. Unusual invasive aspergillosis in a patient with acute lymphoblastic leukemia [carta]. *Haematologica*. 1997;82:701-2.
61. Sancho JM, Ribera JM, Vaquero M, Feliu E. Peritonitis bacteriana espontánea y linfoma hepático primario en una paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [carta]. *Med Clin (Barc)*. 1997;108:238.
62. Pujol M, Ribera JM, Jiménez C, Ribera A, Abad E, Feliu E. Essential monoclonal gammopathy with an Ig M paraprotein that is a cryoglobulin with cold agglutinin and EDTA-dependent platelet antibody properties. *Br J Haematol*. 1998;100:603-4.
63. Villamor N, Rozman M, Esteve J, Aymerich M, Colomer D, Aguilar JL, et al. Anaplastic large-cell lymphoma with rapid evolution to leukemic phase. *Ann Hematol*. 1999;78:478-82.
64. Batlle M, Fernández-Avilés F, Ribera JM, Millá F, Granada I, Gómez-Espuch J, et al. Acute promyelocytic leukaemia in a patient with idiopathic myelofibrosis [carta]. *Leukemia*. 1999;13:492-4.
65. Ferrer A, Cervantes F, Hernández-Boluda JC, Álvarez A, Montserrat E. Leukemoid reaction preceding the diagnosis of colorectal carcinoma by four years. *Haematologica*. 1999;84:671-2.
66. Navarro JT, Millá F, Ribera JM, Vaquero M, Batlle M, Xicoy B, et al. Síndrome linfoproliferativo de presentación inusual en un varón de 37 años infectado por el VIH. *Haematologica*. 1999;84 Supl 1:448-9.
67. Cervantes F, Rovira M, Urbano-Ispizúa A, Rozman M, Carreras E, Montserrat E. Complete remission of idiopathic myelofibrosis following donor lymphocyte infusion after failure of allogeneic transplantation: demonstration of a graft-versus-myelofibrosis effect. *Bone Marrow Transplant*. 2000;26:697-9.
68. Álvarez-Larran, Rozman M, Cervantes F. Simultaneous occurrence of multiple myeloma and chronic myeloid leukemia [carta]. *Haematologica*. 2001;86:894.
69. Batlle M, Ribera JM, Oriol A, Plensa E, Millá F, Feliu E. Successful response to rituximab in a patient with pure red cell aplasia complicating chronic lymphocytic leukemia [carta]. *Br J Haematol*. 2002;118:1192.
70. Rodríguez L, Ribera JM, Batlle M, Xicoy B, Mate JL, Millá F, et al. Progressive multifocal leukoencephalopathy shortly after the diagnosis of follicular lymphoma in a patient treated with fludarabine [carta]. *Haematologica*. 2002;87:ECR26.
71. Xicoy B, Ribera JM, Vaquero M, Grau J, Millá F, Feliu E. AA-type amyloid tumor as an unsuspected cause of residual mass in a patient with large B-cell non-Hodgkin's lymphoma [carta]. *Leuk Lymphoma*. 2002;43:681-2.
72. Xicoy B, Batlle M, Grau J, Feliu E. Transient demyelinating neurologic lesions in a patient with idiopathic hypereosinophilic syndrome [carta]. *Am J Hematol*. 2002;69:153-4.
73. Hernández JA, Navarro JT, Rozman M, Ribera JM, Rovira M, Bosch M. Primary myeloid sarcoma of the gynecologic tract: a report of two cases progressing to acute myeloid leukemia. *Leuk Lymphoma*. 2002;43:2151-53.
74. García-Sanz R, Rozman M, Tomas X. Mujer de 74 años con dolor en la ingle derecha y osteólisis craneal. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:589-96.
75. Hernández JA, Navarro JT, Fantova MJ, Mate JL, Ribera JM, Falgà C, et al. Mujer de 54 años con hepatosplenomegalia, poliadenopatías y angomas cutáneos múltiples. *Haematologica*. 2003;88 Supl 6:370-2.
76. Navarro JT, Ribera JM, Mate JL, Granada I, Juncà J, Batlle M, et al. Hepatosplenic T-gammadelta lymphoma in a patient with Crohn's disease treated with azathioprine [case report]. *Leuk Lymphoma*. 2003;44:531-3.
77. Mate JL, Navarro JT, Ariza A, Ribera JM, Castellà E, Juncà J, et al. Oral solid form of primary effusion lymphoma mimicking plasmablastic lymphoma. *Hum Pathol*. 2004;35:632-5.
78. Feliu E, Xicoy B, Rozman M, Millá F, Aguilar JL, Mate JL, et al. The history of 34 errors identified in 874 patients analyzed at weekly clinical-pathological meetings in two institutions over 22 years (1982-2004) [resumen]. *Blood*. 2004;104:407b.