

Selección por ecografía del dolor abdominal urgente de causa quirúrgica. Estudio prospectivo

F. Gallinas¹, C. Garde², A. Pérez-Martínez³, L. Bento³, M.A. Martínez-Bermejo³, J. Conde³

1. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

2. Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

3. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción. En nuestro hospital la ecografía abdominal forma parte del protocolo diagnóstico del dolor abdominal urgente. Casi siempre se realiza antes de que el cirujano pueda realizar una exploración del enfermo y el diagnóstico ecográfico condiciona en gran medida el diagnóstico clínico. Para evaluar el nivel de confianza que la ecografía abdominal debe merecernos realizamos un estudio prospectivo de 6 meses de duración.

Material y método. Incluimos en el estudio a los pacientes que acudían a urgencias pediátricas de nuestro centro y que cumpliesen dos premisas: 1. El motivo de consulta fuese el dolor abdominal no traumático y 2. Se incluyese una ecografía abdominal.

Estudiamos los parámetros poblaciones, horas de evolución, reincidencia, síntomas acompañantes, exploraciones complementarias, diagnóstico ecográfico, diagnóstico final y tratamiento, entre otros muchos. Seguimos la evolución de los enfermos para verificar la concordancia o no entre el diagnóstico clínico y el ecográfico, tanto en los niños ingresados (mediante la historia clínica) como en los que fueron remitidos a su domicilio desde urgencias mediante una encuesta telefónica realizada al mes de la consulta.

Resultados. Realizamos 136 estudios de los que 7 fueron descartados por no contestar la encuesta telefónica. Fueron 74 niñas y 55 niños de 9,52 años de edad media y desviación estándar de 3,74. En 63 casos se ingresaron y en 66 se remitieron a su domicilio tras la consulta de urgencias. Las 129 ecografías abdominales fueron realizadas por el radiólogo de normalidad del estudio (36,4%), apendicitis (30,2%), apendicitis mesentérica (14%) e inflamación intestinal (7%). En 4 enfermos se realizó una segunda ecografía al cabo de 6 a 12 horas. El 97% de los diagnósticos ecográficos se correlacionaron bien con el diagnóstico clínico o con la evolución del enfermo. En tres casos se produjo un error en el diagnóstico de la ecografía, una apendicitis falsa positiva (que tras un período de observación no fue intervenida y evolucionó bien) y dos apendicitis falsas negativas (que se intervinieron atendiendo a criterios clínicos).

Conclusiones. En nuestro centro la ecografía abdominal demuestra una gran eficacia en la discriminación de la patología quirúrgica como causa de dolor abdominal. En casos dudosos la reevaluación periódica clínica y ecográfica garantizan el correcto diagnóstico y tratamiento del enfermo. (*XLII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. Valencia, 28-31 de mayo de 2003.*)

Estudio de la implicación de genes modificadores en la variabilidad fenotípica de la poliposis adenomatosa familiar

A. Alonso, P. Cabello, S. Moreno, P. Valcorba, E. Rodríguez-Toral, M.A. Ramos, C. San Román

Unidad de Genética. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Introducción. La poliposis adenomatosa familiar (FAP) es una enfermedad autosómica dominante causada por la presencia de mutaciones germinales en el gen APC y caracterizada por el desarrollo de múltiples pólipos en el colon y recto y la presentación variable de manifestaciones extracolónicas. La diferente expresión fenotípica interfamiliar se ha atribuido a la

“posición” de la mutación en el gen APC. Sin embargo, recientemente se ha destacado la presencia de una variación intrafamiliar que permanece inexplicada.

Objetivos. Determinar si la variación fenotípica en la FAP es hereditaria y compatible con la actuación de genes modificadores.

Material. Datos clínicos recogidos durante un periodo de 9 años, de 305 individuos afectados de FAP, pertenecientes a 116 familias españolas no relacionadas en las que se han podido identificar 65 mutaciones germinales causantes en el gen APC.

Métodos. Examen sistemático de variables cuantitativas y cualitativas relacionadas con el fenotipo FAP entre las que se encuentran los osteomas, tumores desmoides e hipertrofia congénita del epitelio pigmentario de la retina y análisis de su variación inter e intrafamiliar y de los posibles modelos de segregación de estos rasgos.

Resultados. Nuestros resultados son compatibles con las relaciones fenotipo/posición de mutación descritas en la literatura,

aunque indican que parte de la variación encontrada en nuestras familias puede ser explicada también por la presencia de genes modificadores.

Conclusiones. Si bien las manifestaciones de la FAP están fuertemente relacionadas con la posición de la mutación responsable dentro del gen APC, nuestro estudio avala la hipótesis de la implicación de genes modificadores en la expresión de alguna de sus manifestaciones. (*IX Congreso de la Sociedad Española de Oncología Médica. Tenerife Sur. 20-23 de junio de 2003*).

Efficacy and tolerance of orlistat in treatment of obesity at primary care level

E. Álvarez-Tutor¹, J.C. Garde¹, J. Álvarez-Tutor², L.J. Clint¹

1. Family Health Physician at Primary Health Care Centre. Navarra. Spain.

2. Department of Radiology. Hospital Txagorritxu. Vitoria. Spain.

Objetives. To analyse the efficacy and results of treatment with ORLISTAT per milligram in 15 patients with exogenous morbid obesity (BMI>30) during a period of 3 months in a rural health care setting in Navarra, Spain. The study and evaluation of possible complications and adverse effects with the use on this medication.

Materials and methods. During a period of 2 months we studied a group of otherwise healthy patients, between 27 and 64 years of age, diagnosed with exogenous obesity with a BMI between 30.1 and 34.72 within a study population of 1,800 patients. The study group initially undertook a basic analytical test, which was repeated after 2 months of treatment, to rule out any possible variation in the biochemical profile or hemogram. Weight control, BMI; and waist and abdominal perimeter were measured to check for efficacy of treatment.

Results. Eleven women and 4 men were diagnosed with morbid obesity, initially presenting a mean BMI of 32,86, that was reduced progressively to 30,8 after 2 months of treatment, with significant differences (p<0.07). We observed a similar

pattern with weight ($X_1=83$; $X_2=83.38$ p<0.01), abdominal perimeter ($X_1=98.16$, $X_2=89.5$ p<0.01), inter-trocanteric perimeter ($X_1=122.33$, $X_2=144$ p<0.01), cholesterol ($X_1=188.83$, $X_2=141.16$ p<0.01), triglycerides ($X_1=121.16$, $X_2=99.33$ p<0.05), cLDL protein ($X_1=115.43$, $X_2=77.41$ p<0.05), HDL ($X_1=49.16$, $X_2=41.66$ p<0.01). Glucose, uric acid, liver enzymes, and creatinin levels showed no significant statistical differences.

Conclusion. Treatment with ORLISTAT per milligram for 2 months along with dietary measures (2,500 calories), shows a significant reduction in BMI, weight, abdominal perimeter, inter-trocanteric perimeter, cholesterol, LDL, HDL and triglyceride levels whereas no variations are seen in levels of glucose, uric acid, liver enzymes, and creatinine. In any case the real influence of pharmacological treatment is difficult to ascertain, given that the results obtained do not differ greatly from those treated with only diet, a result similar to studies by other authors. (*WONCAEUROPE2003. 9 th. Conference of the European Society of General Practice/Family y Medicine. Slovenia, 18-21 de junio de 2003*).

Advances in the use of abdominal ultrasound in primary care

E. Álvarez-Tutor¹, J.C. Garde¹, J. Álvarez-Tutor², L.J. Clint¹

1. Family Health Physician at Primary Health Care Centre. Navarra. Spain.

2. Department of Radiology. Hospital Txagorritxu. Vitoria. Spain.

Introduction. Ultrasound is a diagnostic technique whose use and availability is becoming more widespread among primary care physicians. This is due to 3 basic motives: firstly, it is a harmless diagnostic method, secondly it's generalised use makes it each time more economical, and finally it provides a loss of information to the physician. The role of the primary care provider should be limited to the basic anatomy and characteristics of normal ultrasound, so as to be able to detect the pathological and carry out further studies where necessary.

Objectives. To analyse the type and frequency of pathology found by primary care physicians, using ultrasound as a diagnostic method, taking into account the possibility of including this method as a first line tool in primary care.

Materials and methods. Available registers of ultrasound carried out by physicians in primary care, with an attempt to distinguish 3 groups according to severity of processes found and frequency.

Results and conclusions. Very few trials have been carried out in primary care, although a detailed analysis of the results obtained have shown different motives to justify the use of ultrasound by physicians in primary health care.

1. Frequent abdominal complaints: pain, non specific discomfort, etc. in 75-80%.

2. Increase in diagnostic capacity of physician (abdominal aortic aneurysms, lithiasis, intra abdominal cysts and masses, paralytic ileous, ascitis, hemoperitoneum, or hydronephrosis), in 10-15%.

3. The rapid detection of grave disorders and emergency situations in 3-5% of a cases. Alterations during pregnancy (gestation ectopy, retarded intrauterine growth, etc) renal or adrenal masses or cysts, appendicitis, cholecystitis, pancreatitis, aneurysm rupture, post-traumatic rupture of visceral organs (spleen, liver, kidney). (*WONCAEUROPE2003. 9th. Conference of the European Society of General Practice/Family y Medicine. Slovenia, 18-21 de junio de 2003*).

Estudio de documentos en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Virgen del Camino de Pamplona (Navarra)

P. Aliende, M.J. Gamboa, M.A. Valencia, L. Martín, M.C. Gárriz, C. González

Servicio de Radiología General. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Introducción. Se realiza un estudio de los documentos que el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Virgen del Camino utiliza en aquellas exploraciones que requieren para su realización el administrar contraste yodado.

La Unidad de Enfermería previamente a la realización de las mismas revisa la existencia de un consentimiento informado firmado y verifica si se ha comprendido el contenido de dichos documentos.

Para confirmar el grado de dificultad de los textos "preparación previa ante una urografía intravenosa" y ante "TAC abdominal", y "hoja de consentimiento informado", se realiza un estudio de comprensibilidad según la técnica de SMOG, comparándola con un estudio realizado en los principales medios periodísticos escritos nacionales.

Resultados. El documento "preparación previa ante una urografía intravenosa" tienen una puntuación SMOG de 18.

La "preparación del TAC abdominal" presenta un índice SMOG de 16.

Al "consentimiento informado" le corresponde una puntuación de 15.

Los diarios El Mundo, El País, ABC tienen un índice SMOG de 14 (utilizando editoriales con firma), La Razón tienen 13 puntos. Y se considera muy fácil con un índice SMOG de 9 puntos.

El grado de dificultad de comprensión es moderadamente difícil para la "hora de consentimiento informado", la "preparación del TAC abdominal" es difícilmente comprensible; y es muy difícil la "preparación de UIV.

Los periódicos nacionales arriba nombrados se consideran como fáciles de comprensión.

Conclusiones. Los textos de "consentimiento" y "preparación del TAC" son comprensibles. El texto de "preparación de UIV" no es comprensible. La mejora de la calidad en los cuidados de enfermería en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Virgen del Camino puede efectuarse a cabo mejorando la comunicación con los usuarios objeto de dichas pruebas diagnósticas. (*Congreso Internacional. Competencia, autonomía y liderazgo: Claves para el desarrollo de la enfermería. Pamplona, 15-16 de mayo de 2003*).

Cirugía programada de la apendicitis aguda

A. Pérez-Martínez³, J. Conde³, M.A. Martínez-Bermejo³, L. Bento³, Busto Aguirreurreta¹, C. Goñi Orayen²

1. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona
2. Sección de Anestesia Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona
3. Servicio de Pediatría. Hospital García Orcoyen. Estella

Introducción. El tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda no complicada se sigue considerando una urgencia entre los profesionales de la pediatría. Aunque esté demostrado que una demora terapéutica razonable (hasta 18 horas) no supone un aumento de complicaciones ni costes, la presión de pediatras, familiares y nuestros propios residentes nos fuerzan a realizar apendicectomías apresuradas.

En nuestro centro existe un protocolo de diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda basado en la programación de la apendicectomía en los procesos no complicados, procurando que el equipo de guardia (cirujanos, anestesiólogos enfermeros y auxiliar localizados) no realice cirugías a horas inadecuadas. Revisamos nuestros resultados.

Material y método. Estudio retrospectivo de todas las historias clínicas de pacientes afectados de apendicitis aguda, entre enero de 2001 y diciembre de 2002, valorando clínica al ingreso, hallazgos exploratorios y ecográficos, demora terapéutica (tiempo desde la entrada en urgencias hasta el final de la intervención) y evolución. Análisis mediante estudio descriptivo y comparación de medias de los resultados.

Resultados. Valoramos las historias de 125 varones y 84 niñas (209 pacientes), de edad media 10,1 y desviación estándar (DV) 3,02 años. Mediante la valoración clínica y ecográfica distinguimos un grupo de 171 enfermos con apendicitis no complicadas (grupo A) y otro de 38 enfermos con procesos complicados (grupo B). Los enfermos del grupo A fueron intervenidos de forma programada, con demoras de hasta 20 horas (media de 7 horas y 45 min.). La estancia media de este grupo fue de 4,87 días y el porcentaje de complicaciones infecciosas de 1,73%. Los enfermos del grupo B fueron intervenidos con premura. Su estancia media fue de 9,23 días ($p < 0,0001$) y su porcentaje de complicaciones infecciosas del 43,6%.

Conclusiones. Los datos aportados por la historia clínica, la exploración y sobre todo la ecografía, permiten distinguir con fiabilidad qué paciente presenta un cuadro apendicular complicado y cuál no. Estos últimos enfermos pueden ser intervenidos de forma programada, con demora prolongadas, sin mayor riesgo de complicaciones y sin distorsionar la actividad asistencial del servicio. Pueden beneficiarse de otras opciones terapéuticas como la laparoscopia, a veces poco asequible durante las horas de guardia. (*XLII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. Valencia, 28-31 de mayo de 2003*).

Consulta de enfermería de atención primaria y dermatológica: un punto de encuentro

A. Moreno Miranda, M.P. Hernández Orta, M.C. Martín de Aguilera, M.R. Casajús Magaña

Centro de Salud Santa Ana. Tudela
Hospital Reina Sofía. Tudela

Introducción. En la atención del paciente participamos distintos profesionales, compartiendo su cuidado. Para evitar una atención fragmentaria y proporcionarle unos cuidados continuados y de calidad, es importante el intercambio de información y la coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles de atención sanitaria, en este caso enfermería de atención primaria (nivel 1) con especializada (nivel 2)

Objetivos. 1. Ofrecer al paciente una atención de enfermería de calidad, personalizada y especializada. 2. Establecer vías de comunicación y coordinación eficaces entre los profesionales de los distintos ámbitos para asegurar la continuidad de los cuidados y colaborar en la mejora del paciente. 3. Desarrollar el papel y la identidad de enfermería ante el usuario y la administración. 4. Mejorar las relaciones entre profesio-

nales de distintos niveles sanitarios. 5. Conseguir un mayor grado de satisfacción en el ejercicio de nuestra profesión.

Pacientes y métodos. Presentamos el caso de una paciente que tras el diagnóstico médico y tratamiento quirúrgico, participamos en su cuidado pre y postoperatorio la enfermera tanto de atención primaria como especializada.

Adjuntamos un informe de enfermería de elaboración propia, para este trabajo realizado conjuntamente para mejorar la coordinación en el seguimiento del paciente.

Resultados. De la comunicación y unificación de criterios entre profesionales de diferentes niveles de atención sanitaria, se obtiene confianza y seguridad en los pacientes y la satisfacción del trabajo bien hecho en los profesionales. (*VII Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica. Valencia, 8-10 de mayo de 2003*).

Quiste mucinoso vulvar. Estudio citológico mediante PAAF y revisión de nuestra casuística de quistes vulvares en los últimos 5 años

E. Urbiola, E. Almudévar, E. Díaz de Rada, A. Echegoyen, S. Rázquin, R. Guarch

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Introducción. Los quistes mucinosos se localizan, por lo general, en el vestíbulo vulvar, incluyendo la porción medial del labio menor y la región de la glándula de Bartholino. Típicamente se desarrollan entre la pubertad y la cuarta década de la vida y en mujeres que han tenido hijos o que han utilizado anticonceptivos orales. Suelen medir entre 2 mm y 3 cm de diámetro y suelen ser también lesiones únicas, aunque ocasionalmente son múltiples. Pueden ser dolorosos y ocasionar síntomas urinarios.

Material y métodos. A propósito de un caso de quiste mucinoso vulvar del que contamos con material citológico obtenido mediante PAAF (en la revisión bibliográfica que hemos realizado no hemos encontrado ningún caso descrito) hemos revisado la totalidad de quistes vulvares diagnosticados anatomopatológicamente en nuestro servicio a lo largo de los últimos 5 años. Tan sólo 3 casos cuentan con estudio citológico mediante PAAF. La distribución de los 51 casos (edad media global 36,4 años) ha sido la siguiente: 1 quiste ciliado (53 a.), 1 quiste de Skene (19 a.), 2 quistes triquilemales (edad media 48,5 a.), 1 quiste mesonéfrico (26 a.), 20 quistes epidérmicos (edad media 42,5 a.), 23 quistes de Bartholino (edad media 37,3 a.) y 3 quistes mucinosos (edad media 29 a.).

Caso clínico. Mujer de 27 años que consulta por “vesícula” en labio menor vulvar. Se realiza PAAF. Los frotis estudiados mostraron un fondo con algunos hematíes y material mucoide que englobaba grupos, nidos y cordones de células con patrón general monótono, e individualmente citoplasma claro, muy lábil y núcleos pequeños, monomorfos y perfectamente redondos. En algunos campos llegaban a plantear diagnóstico diferencial con histiocitos.

La pieza quirúrgica remitida posteriormente mostró una pared quística revestida por epitelio columnar o cúbico mucosecretor similar al epitelio endocervical con material mucoide extravasado en la dermis.

Comentario. Se acepta que los quistes mucinosos se producen por obstrucción de una o varias glándulas submucosas vestibulares accesorias. Su revestimiento es similar al epitelio endocervical aunque también pueden mostrar cilios y focos de metaplasia escamosa. Se considera que se originan en el seno urogenital. La excisión es curativa. (*XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Citología. A Coruña, 1-3 de mayo de 2003*).

Angina de esfuerzo sugestiva de isquemia producida por flutter auricular. A propósito de un caso clínico

I. Oroz, M. Blasco, C. Casajús

Sección de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Tudela

Introducción. El flutter (FLA) es una arritmia supraventricular producida por la presencia de un circuito de reentrada a nivel auricular. Se diagnostica por la presencia de ondas F con morfología de dientes de sierra en el electrocardiograma (ECG). El tratamiento tiene como objetivo restaurar el ritmo sinusal o controlar la respuesta ventricular y evitar el tromboembolismo.

Caso clínico. Paciente de 76 años que acudió a la consulta por clínica de angina en relación con mínimos esfuerzos físicos, de dos meses de evolución. Se realizó exploración física, RX de tórax, análisis de sangre, ECG basal, ecocardiograma y prueba de esfuerzo en tapiz rodante.

Actuación de enfermería.

- Realización de la prueba de esfuerzo según protocolo de Bruce con información previa al paciente y verificación del consentimiento informado.

- Verificación de la presencia de material de reanimación avanzada.

- Monitorización ECG, toma de tensión arterial en cada estadio con control de síntomas alteraciones clínicas, hemodinámicas y electrocardiográficas, y su control hasta finalizar la fase de recuperación.

- Revisión del trazado electrocardiográfico, control respuesta hemodinámica (frecuencia de pulso y tensión arterial) y síntomas.

- Elaboración del preinforme para revisión y visto bueno por el cardiólogo.

- La prueba se realiza simultáneamente a la actividad de consultas externas de cardiología en el despacho anexo.

- Realización del ecocardiograma transtorácico convencional (ETT) para la detección de anomalías cardíacas anató-

micas o funcionales con registro en vídeo y elaboración del preinforme diagnóstico para la revisión y visto bueno por el cardiólogo.

Resultados. ECG: FLA con conducción 2:1. En el ETT se detectó la presencia de hipertrofia ventricular izquierda en relación a HTA, sin otras anomalías significativas. La prueba de esfuerzo ECG tuvo una duración de 45 segundos, detenida por dolor torácico desde el inicio, coincidiendo con la conducción 1:1 del flutter a una respuesta ventricular media de 200/minuto. Tras estudio electrofisiológico se realizó ablación del flutter auricular por radiofrecuencia recuperando el

ritmo sinusal. Desde entonces el paciente se encuentra asintomático sin arritmias ni síntomas en la prueba de esfuerzo ECG de control.

Conclusiones. La enfermería juega un papel primordial en la realización de la prueba de esfuerzo y en nuestro caso en el estudio ecocardiográfico. La progresiva implicación de la enfermería en la realización de pruebas complementarias en cardiología implica un alto grado de preparación, imprescindible para la detección de eventos clínicos y hallazgos, en ocasiones de urgencia vital. (*XXIV Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. Pamplona, 7-9 de mayo de 2003*).

Derivación de informes clínicos entre niveles asistenciales

A.M. Visus, M.J. Vicente, B. Gorospe, B. Soria, E. Cremaes, M.M. González Zubiría

Unidad de Codificación y Doc. Clínica. Hospital de Navarra. Pamplona

Introducción. El Servicio Navarro de Salud Osasunbidea (SNS-O) apostó por garantizar la continuidad y personalización en la atención al paciente, incrementar la eficacia y eficiencia del sistema mediante una adecuada organización y una constante relación entre clínicos de ambos niveles asistenciales.

Objetivos. 1. Incrementar el porcentaje de informes mecanografiados de atención especializada (AE): 100% de informes de alta hospitalario, 60% de informes de consultas. 2. Garantizar la remisión electrónica a atención primaria (AP) de los informes clínicos de AE y su integración automática en la historia clínica informatizada (OMI) de AP.

Material y método. Registro en la base de datos del hospital (AE) del código de identificación sanitario (CIAS) obtenido de la tarjeta individual (TIS) de cada paciente.

El CIAS identifica al centro de salud (AP) y médico de cabecera del paciente, por lo que disponiendo de él, se puede automatizar el envío por correo electrónico, de la información clínica al puesto de destino oportuno y correcto. Este envío va

ligado con la inclusión automática del informe en la OMI clínica de AP.

Necesidades previas: todo informe generado en historia clínica informatizada (HCI) del hospital (AE) debe ser validado informatizadamente (la validación impide la modificación del informe) y el envío posterior por correo electrónico. (Basta con pulsar el botón de validar y enviar).

Conclusiones. Por parte de AP han valorado como muy positivo el hecho de disponer de esta información clínica y exigen el cumplimiento del objetivo en porcentajes similares, cuando menos a los del área de consultas externas.

Debemos modificar actitudes del personal médico para corregir la tendencia descendente de los porcentajes de validación y envío de informes de AE a AP, realizando acciones formativas (sesiones generales para los profesionales que manejan la HCI) y seguimiento mensual de los informes realizados, validados y/o enviados, a AP. (*VIII Congreso Nacional de Documentación Médica. Gijón, 5-6 de junio de 2003*).

	Resultados. Hospital de Navarra							
	<u>Realizadas</u>	<u>%</u>	<u>Val. y env.</u>	<u>%</u>	<u>Val. no env.</u>	<u>%</u>	<u>No val. no env.</u>	<u>%</u>
Enero-agosto 2002								
1. Consultas	31.141	100	29.277	94,01	423	1,36	1.441	4,63
2. Informes de alta	9.677	100	311	3,21	5.392	55,72	3.974	41,07
Enero-marzo 2003								
1. Consultas	14.439	100	11.208	77,62	883	6,12	2.348	16,26
2. Informes de alta	4.126	100	78	1,89	2.702	65,49	1346	32,62

Adenoma pleomorfo de parótida con patrón equívoco (“neoplasia de glándula salivar no específica”) en citología por PAAF

E. Urbiola, E. Almudévar, E. Díaz de Rada, A. López Cousillas, Y. Laplaza, B. Repáraz

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Introducción. El adenoma pleomorfo es el tumor más frecuente (75% en alguna serie) de las glándulas salivales principales. El diagnóstico citológico en la mayoría de los casos es sencillo ya que se caracteriza por una mezcla de elementos epiteliales y mesenquimales. Los problemas surgen cuando predomina alguno de dichos elementos o si existe atipia. Por ello, y debido al número de falsos positivos y negativos asociados con estas entidades, algunos autores recomiendan que las lesiones muy celulares que carecen de estroma sean clasificadas como “neoplasia de glándula salival no específica”.

Caso clínico. Mujer de 23 años que consulta por una tumoración en parótida izquierda de varios años de evolución. Se realiza PAAF.

Las extensiones mostraron un fondo con hematíes y celularidad moderadamente abundante constituida por grupos monolaminares de contornos geográficos que incluían elementos celulares de hábito epitelial, con citoplasmas amplios, ocasionalmente microvacuolados y núcleos redondeados, ligeramente anisocarióticos, con cromatina fina y regular.

La pieza quirúrgica mostró una tumoración de 2x4 cm bien delimitada y nodular e histológicamente constituida por un escasísimo estroma mixoide y muy abundante componente epitelial y mioepitelial con áreas de diferenciación escamosa.

Material y métodos. Hemos revisado primero todos los adenomas pleomorfos (66 casos; edad media global 48,8 años) diagnosticados como tales (en un caso el diagnóstico se sugirió, aunque no fue concluyente) en nuestro servicio a lo largo de los últimos 5 años mediante PAAF y localizados exclusiva-

mente en la glándula parótida. 48 fueron mujeres (edad media 47,6 años) y sólo 18 fueron varones (edad media 51,7 años).

Los diagnósticos anatomopatológicos correspondientes a las respectivas piezas quirúrgicas fueron: adenoma pleomorfo (43 casos) y mioepitelioma (4 casos). El resto (19 casos) está pendiente de cirugía (la revisión de nuestra casuística la hemos concluido a fecha 31 de diciembre de 2002).

En segundo lugar hemos revisado las piezas quirúrgicas (68 casos) con diagnóstico de adenoma pleomorfo de parótida, también en los últimos 5 años y sus respectivos diagnósticos en PAAF. Los resultados han sido: diagnóstico previo de adenoma pleomorfo en 44 casos, no existía PAAF previa en 18, en 3 el diagnóstico no fue concluyente y en 2 fue no valorable. Un caso fue diagnosticado de nódulo hipertrófico.

Comentario. Algunos autores enfatizan que es el adenoma de células basales el tumor más difícil de distinguir mediante PAAF del adenoma pleomorfo celular. En nuestra revisión ha quedado patente que ha sido el mioepitelioma el tumor que nos ha planteado más dificultades diagnósticas ya que en los dos únicos casos en los que dicho diagnóstico fue sugerido en PAAF no se confirmó histológicamente. En tres de los cuatro mioepiteliomas diagnosticados histológicamente no se apreció ningún patrón citológico que lo sugiera y tan sólo en uno se planteó diagnóstico diferencial entre adenoma monomorfo y tumor mixto celular. (*XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Citología. A Coruña, 1-3 de mayo de 2003*).