

La esclerodermia es una enfermedad del tejido conectivo de etiología desconocida, que se divide en esclerodermia sistémica (ES) y esclerodermia localizada (EL) según haya o no afectación de órganos internos¹. A su vez, en la EL se distinguen 4 variantes: esclerodermia lineal, morfea localizada, morfea generalizada y morfea en *coup de sabre*². Esta última se caracteriza por la presencia de lesiones escleróticas lineales que afectan a un lado del cuerpo, en ocasiones la cara y el cuero cabelludo, y que implican la piel y los tejidos subyacentes. Aunque la distinción entre la ES y la EL se limita a la presencia o no de afectación de órganos internos, en algunos casos ha podido demostrarse la afectación de órganos en la EL³, si bien los pacientes estaban asintomáticos y la afectación era muy leve. Sin embargo, en el caso aquí presentado había una afectación importante y progresiva en el tiempo. En la literatura médica se describe algún caso de afectación extrapulmonar por EL^{4,5} debido a la afectación de músculos y tejido celular subcutáneo de la pared torácica. No obstante, tras una revisión de la bibliografía éste es el primer caso, que sepamos, de afectación pulmonar intersticial de EL en su variante *coup de sabre*.

Este caso nos obliga a realizar pruebas complementarias seriadas a pacientes con EL (en sus diversas variantes), con el fin de observar si hay afectación de órganos internos, ya que, a pesar de la normalidad en la primera revisión, la evolución demostró la afectación posterior del pulmón. Por lo tanto, debemos antici-

parnos y ser más agresivos en el tratamiento, para evitar complicaciones como las acaecidas en el presente caso.

Bibliografía

1. Rodnan GP. When is scleroderma not scleroderma?. *Bull Rheum Dis.* 1981; 31:7-10.
2. Classification of scleroderma. Disponible en: www.utdol.com.
3. Dehen L, Roujeau JC, Cosnes A, Revuz J. Internal involvement in localized scleroderma. *Medicine (Baltimore).* 1994;73:241-5.
4. Aguayo S, Richardson C, Roman J. Severe extrapulmonary thoracic restriction caused by *Norphea*, a form localized scleroderma. *Chest.* 1993;104:1304-5.
5. Nagai Y, Hattori T, Ishikawa O. Unilateral generalized morphea in childhood. *J Dermatol.* 2002;29:435-8.

José María Hernández Pérez ^{a,*} y Orlando Acosta Fernández ^b

^aSección de Neumología, Hospital General de La Palma, Santa Cruz de Tenerife, España

^bServicio de Neumología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jmherper@terra.es, jmherper@hotmail.com (J.M. Hernández Pérez).

doi:10.1016/j.arbres.2008.11.003

Comentarios a propósito del artículo "Actividad anestésica en cirugía torácica en Cataluña. Resultados de una encuesta realizada durante 2003"

Comments on "Anesthesia in Thoracic Surgery in Catalonia: Results of a Survey Carried Out in 2003"

Sr. Director:

He leído con atención el artículo de Vilà et al¹ titulado "Actividad anestésica en cirugía torácica en Cataluña. Resultados de una encuesta realizada durante 2003", y quisiera hacer algunos comentarios desde el punto de vista de un cirujano torácico.

La actividad quirúrgica de cirugía torácica que se considera en el mencionado trabajo es escasa y resulta, por lo tanto, difícil extraer conclusiones. Si se analiza con detalle la casuística del estudio, se comprueba que se presentan únicamente 42 resecciones pulmonares mayores (lobectomías y neumonectomías). Éstas son las intervenciones que marcan de forma más exacta la actividad y calidad de un determinado equipo quirúrgico, y se han estudiado con mucho detalle en un *benchmarking* realizado por 9 grupos de cirugía torácica². En un trabajo publicado en 2006 por el Grupo Cooperativo de Carcinoma Broncogénico de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)³, se analizaron 2.994 casos de resecciones pulmonares procedentes de 19 unidades de cirugía torácica. Se estudiaron la morbilidad, la mortalidad y la supervivencia en función del volumen de intervenciones/año que realizaba cada unidad. A partir de la actividad se dividieron las unidades en 3 grupos: actividad baja (<40 casos al año), media (entre 44 y 54) y alta (= 55). Se concluyó que en los resultados a corto y largo plazo no influía el volumen de intervenciones que se llevaban a cabo. Los datos hallados se interpretaron como resultado de la realización de unos procedimientos muy estandarizados y con unos criterios de actuación muy similares en servicios especializados. Estos datos

proporcionan una cierta garantía en cuanto a la homogeneidad en la calidad de los equipos quirúrgicos de cirugía torácica en España.

A pesar de estos datos, se reconoce el efecto beneficioso que en general tiene un volumen elevado de intervenciones tanto en un cirujano en concreto como en un grupo quirúrgico⁴, y también el hecho de que las intervenciones las realicen cirujanos especializados⁵. Esto ha sido una preocupación constante de los cirujanos torácicos miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía Torácica, entre los que me hallo, preocupación que ha quedado reflejada en un nuevo Programa de Formación de Especialistas en Cirugía Torácica, que está pendiente de publicación y que incrementa de forma notable el número de intervenciones que debe efectuar el médico residente en su período formativo.

Uno de los problemas más importantes que tiene la cirugía torácica en nuestro país es la dispersión de la actividad. Esta circunstancia se ve favorecida por la normativa legal vigente y por el modelo de Estado descentralizado en el que vivimos. En el trabajo de Vilà et al¹ se citan 27 centros diferentes para las intervenciones realizadas. Es evidente que muchos de estos centros deben de ser de titularidad privada, y hay que tener en cuenta además la actividad llevada a cabo por cirujanos torácicos en su práctica privada o por algunos grupos de cirugía general que efectúan también intervenciones torácicas, sobre todo las de menor complejidad. En Cataluña hay en la actualidad 10 unidades o servicios de cirugía torácica⁶, de los que 7 tienen acreditación docente. Son éstos los que acumulan la mayor y más compleja experiencia en cirugía torácica que se produce en Cataluña. Estos datos pueden disipar algunas de las dudas que plantean los autores en la discusión de su trabajo. No obstante, en mi opinión resultaría muy conveniente revisar los criterios de acreditación de las unidades de cirugía torácica para la formación de médicos residentes y fomentar auditorías de las que están actualmente acreditadas.

Como reflexión final, quería señalar que, en mi opinión, los estudios de análisis de la actividad como el comentado redundan siempre en unas mejores posibilidades de planificación racional de los recursos y en la optimización de los resultados que se obtienen. Es por lo tanto necesario impulsar y fomentar su realización.

Bibliografía

1. Vilà E, García Guasch R, Sabatè S, Lucas M, Canet J, Grupo ANESCAT. Actividad anestésica en cirugía torácica en Cataluña. Resultados de una encuesta realizada durante 2003. Arch Bronconeumol. 2008;44:586-90.
2. Varela G, Molins L, Astudillo J, Borro JM, Canalís E, Freixinet J, et al. Experiencia piloto de *benchmarking* en cirugía torácica: comparación de la casuística e indicadores de calidad en resección pulmonar. Arch Bronconeumol. 2006;42:267-72.
3. Freixinet J, Juliá-Serdá G, Rodríguez P, Santana N, Rodríguez de Castro F, Fiuza MD, et al. Hospital volume: operative morbidity, mortality and survival in

thoracotomy for lung cancer. A Spanish multicenter study of 2994 cases. Eur J Cardiothorac Surg. 2006;29:20-5.

4. Chowdhury MM, Dagash H, Pierro A. A systematic review of the impact of volume of surgery and specialization on patient outcome. Br J Surg. 2007;94:145-61.
5. Laroche C, Wells F, Coulden R, Stewart S, Goddaard M, Lowry E, et al. Improving surgical resection rate in lung cancer. Thorax. 1998;53:445-9.
6. Freixinet J, Caballero-Hidalgo A, González López-Valcárcel B, García Fernández JL, Crespo Royo I, Salvatierra A, et al. Análisis de la situación actual y previsión de futuro de la especialidad de Cirugía Torácica. Arch Bronconeumol. 2009 (en prensa).

Jorge Freixinet

Unidad de Cirugía Torácica, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España
Correo electrónico: jfregil@gobiernodecanarias.org

doi:10.1016/j.arbres.2009.01.015

Respuesta de los autores

Authors' Reply

Sr. Director:

Agradecemos al Dr. Jorge Freixinet su interés por el artículo que publicamos sobre la actividad anestésica en cirugía torácica en Cataluña (ANESCAT 2003) que ha motivado su carta¹ y así darnos la oportunidad para añadir comentarios a nuestro artículo² y al publicado recientemente por el Grupo Cooperativo de Carcinoma Broncogénico de la SEPAR³. Felicitamos al Dr. Freixinet y al Grupo por su línea de investigación que analiza los resultados obtenidos por los servicios y unidades de cirugía torácica en España.

Creemos que las consideraciones que hicimos en la discusión de nuestro artículo no difieren notablemente de las que hace el Dr. Freixinet. Se trata del punto de vista, desde la anestesiología, de una misma cuestión: ¿cuál debe ser el volumen mínimo de actividad de procedimientos complejos que deben realizar los centros y los especialistas para obtener los mejores resultados en términos de morbilidad y mortalidad? Esta preocupación ha generado en los últimos años mucha literatura médica⁴.

ANESCAT fue un amplio estudio en forma de encuesta que se diseñó para conocer con detalle la actividad anestésica en Cataluña en 2003⁵ y así planificar las necesidades de anestesiólogos. De un total de 23.136 anestésicas recogidas en la encuesta, 171 lo fueron para procedimientos de cirugía torácica y 42 (24,6%) de ellas para resección pulmonar⁵. De aquí extrapolamos que en Cataluña se practicaron 5.000 anestésicas de las que más de 1.000 fueron para resección pulmonar. Así, la anestesia para cirugía torácica representó el 0,7% de toda la actividad anestésica y el 0,9% de la anestesia quirúrgica, siendo la especialidad con menor actividad⁵. Aunque este número es pequeño, la metodología de muestreo de 14 días aleatorios a lo largo de 2003 y la participación del 100% de centros sanitarios que practicaban anestésicas da una gran fiabilidad a la extrapolación de la actividad en el territorio catalán. Sin embargo, la extrapolación a los centros tiene un margen de error amplio, porque algunos realizaban una actividad reducida.

La anestesia para cirugía torácica requiere una formación muy específica, al mismo nivel que para cirugía cardíaca. El abordaje de pacientes complejos, las técnicas anestésicas que requieren

conocimientos singulares, la disputa del territorio con el cirujano torácico y el alto riesgo de morbimortalidad perioperatoria caracterizan lo que puede considerarse una subespecialidad de la anestesiología. La habilidad del anestesiólogo en el abordaje de la vía aérea, la ventilación unipulmonar, la hemodinámica, la analgesia y las complicaciones postoperatorias tiene una influencia notable en los resultados. A ningún cirujano torácico escapa la importancia del trabajo en equipo con el anestesiólogo y la confianza mutua para resolver problemas intraoperatorios, quirúrgicos y anestésicos. Así, para un servicio de anestesiología la cirugía torácica supone un peso pequeño en el total de su actividad anestésica pero exige una muy buena organización y planificación.

El estudio del Grupo Cooperativo de la SEPAR demuestra que no hubo diferencias, en cuanto a morbimortalidad postoperatoria, entre 3 grupos de centros que incluían 19 servicios y unidades de cirugía torácica españoles clasificados por el número de cirugías de resección pulmonar que realizaban³. Aparentemente, este resultado contradice a los hallados en otros estudios⁴ y metaanálisis⁶. Cuando se compara la cirugía de resección pulmonar con otros procedimientos quirúrgicos se observa que el volumen de actividad que realiza un centro tiene una mayor influencia sobre la mortalidad que el que practica el cirujano^{4,6}. Probablemente se debe a que se trata de una cirugía muy reglada pero con un alto riesgo de morbilidad postoperatoria que exige una infraestructura hospitalaria potente para afrontarla. Sin restar valor al estudio de la SEPAR, hay que considerar que la media de procedimientos anuales de resección pulmonar realizados por los 19 centros participantes fue de 50 y en 16 de ellos fue superior a 30³. De acuerdo con los estudios citados, podemos considerar que la mayoría de los 19 centros tenía un volumen de actividad alto, lo que explica porque el estudio no encontró diferencias entre centros. Por tanto, el estudio, que sólo incluyó un centro de baja actividad (<20 casos anuales⁶), no puede responder a la cuestión del efecto de volumen de actividad de los centros.

De los 131 centros que participaron en ANESCAT, 27 realizaron actividad anestésica para cirugía torácica. Si nos ceñimos sólo a la cirugía de resección pulmonar, identificamos 14 centros, 5 de ellos privados (datos no presentados en nuestro artículo). Admitiendo el margen de error de nuestro muestreo, es muy probable que 8 de estos 14 realizaran menos de 20 resecciones pulmonares al año, y de los restantes 13 no podemos descartar que alguno hubiera