



Cartas al Director

Ventilación mecánica no invasiva en pacientes de edad avanzada: ¿hacia una nueva estrategia de organización hospitalaria?

Non-Invasive Mechanical Ventilation in Elderly Patients: Moving Towards a New Strategy for Hospital Organization?

Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés el artículo de Segrelles Calvo G et al., el cual aporta una importante valoración sobre la efectividad de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en pacientes ancianos¹. El estudio pone de manifiesto que algunos de los factores limitantes de dicha efectividad son la comorbilidad y la mayor tendencia al reingreso de los pacientes ancianos en el tiempo, que influyen en la toma de decisiones y en el pronóstico de la VMNI. El éxito de la aplicación de la VMNI en una unidad de monitorización respiratoria (UMR) en pacientes de edad avanzada pone de manifiesto la necesidad de potenciar la creación y de consolidar estas áreas asistenciales específicas para pacientes que requieren VMNI fuera de una unidad de cuidados intensivos (UCI) en edad avanzada. Consideramos que hay aspectos relevantes en este trabajo:

1. Con respecto al factor edad, la evidencia disponible en la literatura sobre los beneficios de la VMNI demuestran que la edad no implica una peor respuesta. En el estudio de Scarpazza et al.², que incluyó mayoritariamente a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en la insuficiencia respiratoria aguda, respondieron a la VMNI 54 pacientes de una cohorte de 62 pacientes mayores de 75 años —por tanto, con fracaso de la VMNI (necesidad de intubación orotraqueal [IOT] o mortalidad) en el 12,9% de pacientes—, y la supervivencia al año del alta hospitalaria fue del 70%. En el trabajo de Nava et al.³, 41 pacientes mayores de 75 años fueron aleatorizados a recibir VMNI; de ellos, 38 respondieron con éxito y 3 (el 7,3%) precisaron IOT, uno de los cuales falleció. En la serie de Segrelles Calvo et al.¹, un porcentaje menor del 3,5% precisaron traslado a la UCI e IOT. En esta serie, la mortalidad del grupo mayor de 75 años al ingreso fue del 21,4%, ligeramente mayor al encontrado en estudios previos^{2,3}. La indicación de orden de no intubación podría haber influido en los resultados de Segrelles Calvo et al. En el artículo se refleja que el 65% de los pacientes se consideraron con orden de no intubación. Sería interesante conocer de forma más precisa cómo se estableció el orden de no intubación, y si se informó a los pacientes en etapas previas o tras el primer ingreso hospitalario. En sus resultados también podría haber influido una mayor frecuencia de insuficiencia cardíaca como causa de ingreso, en contraposición con otros estudios recientes que han incluido mayoritariamente

pacientes con EPOC o con trastornos restrictivos. La insuficiencia cardíaca representó la mayor causa de mortalidad en su estudio. Sería interesante conocer la tasa de mortalidad aislada en pacientes con reagudización de la EPOC en su serie y analizar si existen otros factores no considerados que determinen esta mayor mortalidad.

2. Otro aspecto que consideramos relevante es la organización asistencial de la VMNI en los reingresos. El trabajo de Segrelles Calvo et al. es uno de los primeros estudios que se lleva a cabo en una UMR en pacientes ancianos, y sería interesante conocer si en los reingresos también se sigue el mismo protocolo asistencial en estas mismas áreas asistenciales específicas del hospital. Aspectos como la estabilización de estos pacientes en áreas específicas del hospital y el bajo índice de traslado de estos pacientes a la UCI resultan relevantes. En este sentido, los autores no explican si los pacientes que reingresan son tratados con igual efectividad en la UMR o se limitaría su aplicación en los siguientes ingresos. Sería útil conocer cómo se plantean los reingresos y dónde establecemos el límite de esta estrategia.
3. Con respecto a la mayor incidencia de algunas complicaciones en la cohorte de Segrelles Calvo et al., como la insuficiencia cardíaca o el fracaso renal, no se plantea en el estudio si existió alguna limitación en el tratamiento de estas complicaciones.
4. Sería interesante conocer la tasa de reingresos de los pacientes dados de alta con ventilación mecánica domiciliaria (VMD), comparándola con la de los que fueron dados de alta sin VMNI. En el caso de pacientes con insuficiencia ventilatoria crónica de causa restrictiva que precisan VMD, se han publicado algunos estudios que demuestran que la edad no influye en los resultados en términos de supervivencia a 5 años y que la VMD disminuye el número de reingresos y aumenta la supervivencia⁴. La implementación de la VMD crónica tras el primer ingreso en los pacientes de la serie podría disminuir la tendencia al reingreso a los 6 meses.
5. Finalmente, sería recomendable conocer las variables del coste de la VMNI de esta población al sistema hospitalario^{5,6}. Consideramos que sería interesante disponer de más evidencias sobre la efectividad de la VMNI en pacientes ancianos, especialmente en etapas posteriores al primer ingreso hospitalario.

Bibliografía

1. Segrelles Calvo G, Zamora García E, Girón Moreno R, Vázquez Espinosa E, Gómez Punter RM, Fernandes Vasconcelos G, et al. Non-invasive ventilation in an elderly population admitted to a respiratory monitoring unit: causes, complications and one-year evolution. Arch Bronconeumol. 2012;48:349-54.
2. Scarpazza P, Incorvaria C, Ambori P, di Franco G, Raschi S, Usai P, et al. Long-term survival in elderly patients with a do-not-intubate order treated with noninvasive mechanical ventilation. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2011;6:253-7.

3. Nava S, Grassi M, Fanfulla F, Domenighetti G, Carlucci A, Perren A, et al. Non-invasive ventilation in elderly patients with acute hypercapnic respiratory failure: a randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2011;40: 444-50.
4. Ferrero E, Prats E, Manresa F, Escarrabill J. Outcome of non-invasive domiciliary ventilation in elderly patients. *Respir Med*. 2007;101: 1068-73.
5. Nava S, Evangelisti I, Rampulla C, Compagnoni ML, Fracchia C, Rubini F. Human and financial costs of noninvasive mechanical ventilation in patients affected by COPD and acute respiratory failure. *Chest*. 1997;111: 1631-8.
6. Chu CM, Chan VL, Lin AW, Wong IW, Leung WS, Lai CK. Readmission rates and life threatening events in COPD survivors treated with non-invasive ventilation for acute hypercapnic respiratory failure. *Thorax*. 2004;59:1020-5.

Antonio M. Esquinas Rodríguez^a y Celia Zamarro García^b

^a Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

^b Servicio de Neumología, Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España

Correos electrónicos: antmesquinas@gmail.com

(A.M. Esquinas Rodríguez), celiazg1@hotmail.com

(C. Zamarro García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.11.007>

Neumocitoma (antes denominado hemangioma esclerosante pulmonar), una rara causa de dolor torácico

Pneumocytoma (Formerly Known as Sclerosing Hemangioma of the Lung): A Rare Cause of Chest Pain

Sr. Director:

Se trata de una paciente de 41 años de edad, de nacionalidad china, que tras un cuadro de tos seca comienza de forma aguda con dolor torácico¹ izquierdo y disnea de esfuerzo. Ante dicha clínica acude a urgencias, donde se realiza radiografía de tórax, que revela la presencia de una masa pulmonar infrahiliar izquierda (fig. 1). La PET-TC muestra una masa infrahiliar de 59 × 42 × 50 mm (fig. 2) y 7 nódulos pulmonares de entre 1 y 12 mm. Ni la masa ni los nódulos presentan actividad metabólica incrementada. Se procede a exéresis íntegra de la masa por neumotomía. Como complicación aislada presentó hemotórax en el postoperatorio y fue necesaria una reintervención quirúrgica, con evolución posterior satisfactoria, y pudo ser dada de alta a domicilio a las 72 h de la

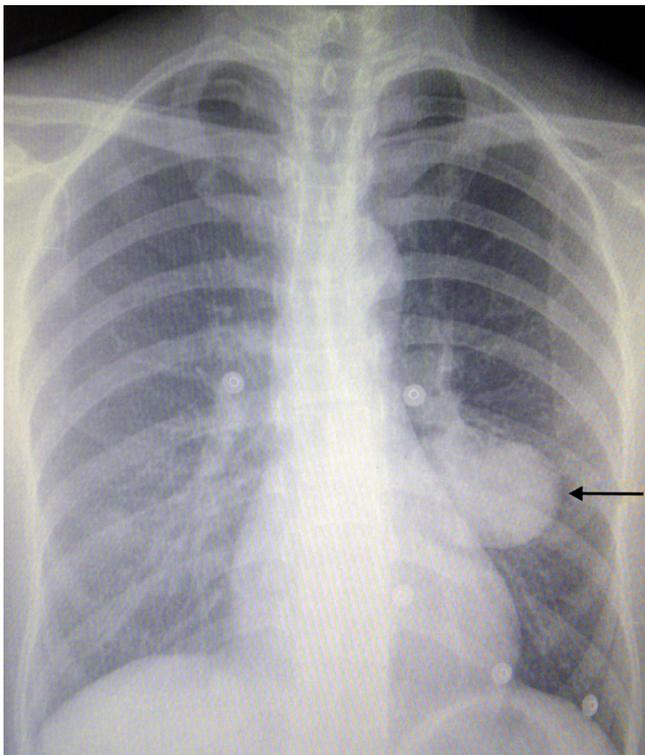


Figura 1. Neumocitoma en hemitórax izquierdo en la radiografía (flecha).

primera intervención. La histología confirma un neumocitoma de 65 mm de diámetro máximo, de patrón mixto, con predominio sólido con áreas pseudopapilares, con ausencia de atipia, mitosis o necrosis². Fueron necesarias 2 intervenciones quirúrgicas para reseca la totalidad de los neumocitomas, pues presentaba, además del descrito, otros 7 neumocitomas, de menor tamaño, de entre 1 y 12 mm, distribuidos en el lóbulo inferior izquierdo, el lóbulo superior izquierdo y el lóbulo inferior derecho.

El neumocitoma, antes denominado hemangioma esclerosante pulmonar, es una neoplasia benigna de pulmón, descrita por primera vez en 1956 por Liebow y Hubbel³. A lo largo de la historia, debido a la discusión sobre su histogénesis, ha recibido numerosas denominaciones, entre otras hemangioma esclerosante pulmonar³, histiocitoma pulmonar benigno y pseudotumor xantomatoso^{2,4}. Hoy en día, el estudio ultraestructural y las técnicas inmunohistoquímicas hacen pensar que estamos ante un tumor epitelial con diferenciación hacia neumocitos tipo II^{2,4,5}, de ahí el nombre de neumocitoma. Los primeros que acuñaron el término neumocitoma fueron, en 1986, Tanaka et al⁶.

El neumocitoma puede presentar 4 patrones histológicos distintos: papilar, sólido, esclerótico y hemorrágico⁵. Debido a esta compleja histología, el diagnóstico diferencial se plantea con adenocarcinoma bronquioloalveolar, carcinoide, adenoma papilar, angiosarcoma y mesotelioma^{4,5}; algunas de estas patologías de mal pronóstico que requieren un tratamiento radical, por lo que es necesario un diagnóstico histológico correcto, ya que su extirpación quirúrgica es curativa.

El neumocitoma es un tumor benigno de baja prevalencia que se observa sobre todo en mujeres y en la raza asiática. La edad media de aparición es de 46 años. La forma de presentación más fre-



Figura 2. Localización infrahiliar izquierda en la TC torácica (flecha).