

Bibliografía

1. Zamora AC, Collard HR, Wolters PJ, Webb WR, King TE. Neurofibromatosis-associated lung disease: a case series and literature review. *Eur Respir J*. 2007;29:210–4.
2. Shino MY, Rabbani S, Belperio JA, Lynch JP 3rd, Weigt SS. Neurofibromatosis-associated diffuse lung disease: case report. *Semin Respir Crit Care Med*. 2012;33:572–5.
3. Rossi SE, Erasmus JJ, McAdams HP, Donnelly LF. Thoracic manifestations of neurofibromatosis-I. *AJR Am J Roentgenol*. 1999;173:1631–8.
4. Oikonomou A, Vadikolias K, Birbilis T, Bouros D, Prassopoulos P. HRCT findings in the lungs of non-smokers with neurofibromatosis. *Eur J Radiol*. 2011;80:e520–3.
5. Ueda K, Honda O, Satoh Y, Kawai M, Gyobu T, Kanazawa T, et al. Computed tomography (CT) findings in 88 neurofibromatosis 1 (NF1) patients: prevalence rates and correlations of thoracic findings. *Eur J Radiol*. 2015;84:1191–5.

Guilherme Felix Louza, Gláucia Zanetti, Edson Marchiori*

Department of Radiology, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

* Corresponding author.

E-mail address: edmarchiori@gmail.com (E. Marchiori).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.07.011>
0300-2896/

© 2017 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Fiabilidad del conjunto mínimo básico de datos como herramienta epidemiológica de la enfermedad tuberculosa



Reliability of the Minimum Basic Data Set as an Epidemiological Tool in Tuberculosis

Estimado Director:

La tuberculosis es actualmente la principal causa infecciosa de mortalidad en adultos en todo el mundo¹. Aunque su incidencia está descendiendo en nuestro medio, sigue constituyendo un problema importante de salud y continúa siendo necesaria la vigilancia de la enfermedad². Sin embargo, no existe una fuente única de información donde estén recogidos con seguridad todos los casos de tuberculosis ya que en el sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) se detecta una importante infradeclaración³.

El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) es un sistema de información para el conocimiento de la morbilidad hospitalaria y entre sus objetivos se incluye favorecer la realización de estudios de investigación⁴. Su validez depende tanto de un informe clínico completo como de la correcta introducción de las variables, y tal como han demostrado estudios realizados en nuestro país, la fiabilidad de la información contenida en el registro no está garantizada⁵. Sin embargo, debido a que es de fácil acceso, diversos autores han estudiado su utilidad para estudios epidemiológicos en enfermedades claramente de ámbito hospitalario incluida la tuberculosis^{6–9}.

El propósito de este estudio fue determinar la fiabilidad y utilidad del CMBD para la realización de estudios epidemiológicos sobre la enfermedad tuberculosa. Para ello se realizó un estudio retrospectivo entre los años 1994 a 2013 consultando el CMBD del Complejo Asistencial de Soria, que abarca toda la provincia. La búsqueda incluyó los códigos de diagnóstico entre 010.00 y 018.96 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC), tanto para diagnóstico principal como secundario, que codifican la enfermedad tuberculosa activa de cualquier localización anatómica. Igualmente se consultaron los registros de micobacterias del Laboratorio de Microbiología del Complejo Asistencial y los casos de tuberculosis declarados al sistema EDO. Posteriormente se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes detectados en los 3 registros utilizando los criterios descritos por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) para caso de tuberculosis por diagnóstico clínico y/o de laboratorio¹⁰.

El CMBD aportó un total de 336 pacientes que, según este registro, tenían un diagnóstico de enfermedad tuberculosa durante el periodo estudiado. Tras la revisión de las historias clínicas se observó que 69 pacientes (20,5%) de dicho registro no tenían tuberculosis. En más de la mitad de estos pacientes sin tuberculosis (59,4%) la enfermedad se había sospechado en el momento del

alta pero las revisiones posteriores descartaron el diagnóstico. En el resto la historia clínica demostró que se trataba de pacientes con profilaxis tuberculosa (15,9%) o con tuberculosis antigua (17,3%), los cuales son procesos no incluidos en los códigos de diagnóstico consultados, o bien otros errores de codificación sin relación con tuberculosis (7,2%). Además, 8 pacientes fallecieron en el servicio de urgencias y se codificaron múltiples posibilidades y en 5 casos no apareció la historia clínica por lo que no se pudo confirmar el diagnóstico.

El número de pacientes con enfermedad tuberculosa verdadera según criterio RENAVE hallados de forma conjunta en las 3 fuentes utilizadas (CMBD, registro de micobacterias del Laboratorio de Microbiología y sistema EDO) fueron 347 pacientes. La comparación entre los registros mostró que 93 pacientes con enfermedad tuberculosa no constaban en el CMBD lo que supone el 26,8% de todos los pacientes con enfermedad tuberculosa detectados en la provincia a través de estos 3 registros. Por otro lado, 41 pacientes (11,8%) fueron detectados exclusivamente a través del CMBD y no figuraban en los otros registros.

De forma individual el registro de micobacterias del laboratorio de microbiología fue el que presentó mayor sensibilidad aportando más pacientes (78,6%), seguido del sistema EDO (77,5%), considerando en este solamente los pacientes en los que había obligación de declarar en el año de diagnóstico, y por último, el CMBD (73,1%).

La utilización del CMBD en la enfermedad tuberculosa permite, teóricamente, disponer de interesantes datos epidemiológicos, pero, para extraer conclusiones y prever tendencias, es necesario que dichos datos sean fiables. Debido a que este registro se basa en el informe de alta, los casos que se diagnostican con posterioridad no aparecen, y por el contrario, constan casos que al final se descartan. Además, los errores en la introducción de los datos también restan fiabilidad al registro. Los resultados obtenidos en este estudio muestran que solo 254 pacientes de los 336 incluidos en el registro del CMBD podían ser considerados, según criterio RENAVE, casos de tuberculosis por lo que el valor predictivo positivo de este registro fue del 75,5%.

Según estos datos, la información epidemiológica relacionada con la enfermedad tuberculosa que se puede obtener del CMBD como registro aislado es muy cuestionable y resulta imprescindible revisar la historia clínica de cada paciente para confirmar el diagnóstico. Por otro lado, la utilización conjunta de varios registros permite una mejor aproximación a los datos reales^{9,11} contrastando y completando los casos aportados por cada uno. De hecho, un 11,8% del total de pacientes detectados solamente figuraban en el CMBD ya que no tenían confirmación microbiológica ni habían sido declarados.

Una aproximación más sencilla sería utilizar solo 2 fuentes de datos, el CMBD junto con los registros microbiológicos, con lo que, tras la revisión de las historias clínicas, habríamos detectado

el 98,5% de los pacientes incluidos en este estudio simplificando considerablemente el trabajo. Desde el año 2007 la encuesta epidemiológica se almacena en la aplicación informática Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica (SIVE) por lo que a partir de ese año resulta también de muy fácil acceso, en nuestro caso el registro del CMBD en combinación con las EDO aportó el 90,4% de los pacientes del estudio. Otros registros que hubiese resultado interesante valorar serían los de anatomía patológica o los de dispensación farmacéutica, no incluidos en nuestro estudio, pero que podían haber permitido detectar más casos, con lo que la sensibilidad del CMBD sería aún menor.

En conclusión, consideramos que la información epidemiológica relacionada con la enfermedad tuberculosa que se puede obtener del CMBD presenta una baja correlación con la situación epidemiológica real pero su utilización en combinación con otros registros es de gran utilidad mientras no se disponga de un registro que incluya con total fiabilidad todos los pacientes³.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra; WHO Press. Las 10 principales causas de defunción. [actualizado Ene 2017; consultado Jun 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>.
2. Rubio-Cirilo L, Martín-Ríos MD, de las Casas-Cámara G, Andrés-Prado MJ, Rodríguez-Caravaca G. Enfermedades de Declaración Obligatoria: conocimiento y notificación en el ámbito hospitalario. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:643-8.
3. Morales-García C, Rodrigo T, García-Clemente MM, Muñoz A, Bermúdez P, Casas F, et al., Working Group on Under-reporting of Tuberculosis in Spain. Factors associated with unreported tuberculosis cases in Spanish hospitals. *BMC Infect Dis*. 2015;15:295.
4. Junta de Castilla, León. Manual de procedimientos del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Comunidad de Castilla y León, Consejería de Sanidad, Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación. 2008.
5. Calle JE, Saturno PJ, Parra P, Rodenas J, Pérez MJ, Eustaquio FS, et al. Quality of the information contained in the minimum basic data set: Results from an evaluation in eight hospitals. *Eur J Epidemiol*. 2000;16:1073-80.

6. Hernández Medrano I, Guillán M, Masjuan J, Aonso Cánovas A, Gogorcena MA. Fiabilidad del conjunto mínimo básico de datos en el diagnóstico de la enfermedad cerebrovascular. *Neurología*. 2017;32:74-80.
7. Fernández Navarro P, López Abente G, Salido Campos C, Sanz Anquela JM. The Minimum Basic data Set (MBDS) as a tool for cancer epidemiological surveillance. *Eur J Intern Med*. 2016;34:94-7.
8. Culqui DR, Rodríguez-Valín E, Martínez de Aragón MV. Epidemiología de las hospitalizaciones por tuberculosis en España: análisis del conjunto mínimo básico de datos 1999-2009. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015;33:9-15.
9. Tejero Encina S, Asensio Villahoz P, Vaquero Puerta JL. Vigilancia epidemiológica de la tuberculosis atendida en el nivel especializado a partir de dos fuentes de información, Valladolid. *Rev Esp Salud Publica*. 2003;77:211-20.
10. Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
11. Múñiz-González F, Guerra-Laso J, García-García S, López-Veloso M, Raposo-García S, Carracedo-Falagán N, et al. Aproximación a la incidencia real de tuberculosis en el Área de Salud de León: aplicación del método captura-recaptura para comparar 2 fuentes de información. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:82-7.

Susana García-de Cruz^{a,*}, Carmen Aldea-Mansilla^a, Ángel Campos Bueno^a y Valentín del Villar Sordo^b

^a Laboratorio de Microbiología, Complejo Asistencial de Soria, Soria, España

^b Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial de Soria, Soria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sgarciade@saludcastillayleon.es

(S. García-de Cruz).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.07.009>
0300-2896/

© 2017 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Granulomatosis linfomatoide: una neoplasia infrecuente de mal pronóstico



Lymphomatoid Granulomatosis: A Rare Tumor with Poor Prognosis

Estimado Director:

Presentamos el caso de una mujer asintomática de 72 años de edad sin antecedentes a destacar. En una TAC de control se advirtió una masa pulmonar en el lóbulo inferior derecho de 5,1 × 4 cm de contornos lisos. Se observaron también micronódulos en lóbulo superior derecho y hemitórax izquierdo (fig. 1). El PET mostraba captación patológica del trazador en el lóbulo inferior derecho (SUV máximo: 34,36) sugestivo de malignidad. Las pruebas funcionales mostraron una restricción moderada. Después de 2 citologías no diagnósticas se le practicó una lobectomía inferior derecha diagnóstica.

En el examen macroscópico se apreció una tumoración nodular, blanquecina y firme de 5,2 cm de dimensión máxima. En el estudio microscópico se observó una neoplasia multinodular, con áreas de necrosis, constituida por una población linfoide heterogénea de células grandes atípicas B (CD20 positivo), con más de 20 células por campo de gran aumento, junto con un fondo acompañante de linfocitos pequeños T (CD3 positivo). La neoplasia presentaba un patrón angiocéntrico y angiodestructivo. La hibridación *in situ* para el virus de Epstein-Barr (VEB) fue positiva (fig. 1). Estos hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos apoyaron el diagnóstico

de granulomatosis linfomatoide grado 3. A pesar de recibir un primer ciclo de inmunoterapia, la paciente falleció a los 4 meses del diagnóstico.

La granulomatosis linfomatoide, descrita por primera vez por Liebow et al.¹ en 1972, es un tipo muy poco frecuente de linfoma extraganglionar con un patrón angiocéntrico y angiodestructivo muy característico. Típicamente afecta más a varones que mujeres (2:1), sobre todo en la 3.^a-5.^a década de la vida, siendo más frecuente en los países occidentales².

Clínicamente, la norma es la afectación pulmonar bilateral. Tos, disnea y dolor torácico son los síntomas más típicos pudiendo acompañarse de fiebre, pérdida de peso, etc. Puede existir afectación renal y cutánea, siendo muy llamativa la afectación del SNC, hasta en un 53% de los casos³.

Radiológicamente, lo más característico son nódulos pulmonares que afectan a lóbulos medios e inferiores. Pueden presentar necrosis central y/o cavitación, broncograma aéreo y apariencia de «vidrio esmerilado». Ocasionalmente es diagnosticada de manera incidental, por lo que hay que tener este proceso linfoproliferativo siempre presente⁴.

Histológicamente, consiste en un linfoma B difuso de células grandes asociado al VEB, con una predilección por los vasos sanguíneos (angiocentricidad). En la nueva clasificación de linfomas de la OMS de 2016 se incluye dentro de la categoría de «linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) asociado al VEB tipo NOS (sin otras especificaciones)»⁵.

Con respecto al tratamiento, en los casos de alto grado se considera este proceso como un linfoma de alto grado, agresivo, por