

Respecto a la distribución de los diferentes ESPHs detectados, es similar a lo publicado en la literatura, destacando en primer lugar la infección nosocomial (Tabla I) a expensas principalmente de la neumonía. La estancia media hospitalaria de los ESPHs fue superior a la del resto de éxitos con una diferencia estadísticamente significativa $p < 0,0001$, con un rango de 0 a 61 días. El ESPH se produjo con más frecuencia en el sexo masculino independientemente de la patología asociada durante o previa al ingreso con una $p < 0,001$. La edad no influyó a la hora de presentar un ESPH.

El sistema de detección y análisis de ESPHs es objetivo y un buen sistema de trabajo que además sirve para instaurar un sistema de vigilancia de los problemas asistenciales que inciden directamente sobre la muerte de los pacientes. Serían precisos más estudios para poder corroborar la utilidad de los ESPHs como indicador de calidad y poder generalizar su utilización.

C. Sanclemente Ansó, D. Pañella Mora, J. Vilaró Pujals

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Vic.
Barcelona

1. Sanclemente C, Barcons M, Moleiro MA, Alonso F, Pañella D, Carrera R, et al. Mortalidad hospitalaria en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)* 2004; 21: 317-21.
2. Brennan TA, Localio AR, Leape LL, Laird NM, Peterson L, Hiatt HH, et al. Identification of adverse events occurring during hospitalization. A cross-sectional study of litigation, quality assurance, and medical records at two teaching hospitals. *Ann Intern Med* 1990; 112: 221-6.

Neumomediastino y enfisema subcutáneo como manifestación de una perforación duodenal

Sr. Director:

El neumomediastino y enfisema subcutáneo esta causado en la mayoría de ocasiones por patología de origen respiratorio (1). Excepcionalmente, el neumomediastino representa el signo de debut de patología abdominal. En estos casos suele ir asociado a mal pronóstico (2) debido fundamentalmente al retraso diagnóstico dado que no se sospecha el origen abdominal. Presentamos un paciente con una perforación duodenal, que se acompañó de neumomediastino y enfisema subcutáneo, con buena evolución tras el tratamiento quirúrgico.

Varón de 48 años de edad en tratamiento con antiácidos por ulcus gastroduodenal, que consultó por cuadro de dolor abdominal epigástrico tipo continuo e inicio larvado de cuatro horas de evolución asociado a dos episodios de vómitos alimenticios, con ritmo gastrointestinal conservado, sin fiebre ni otra sintomatología acompañante. A la exploración física estaba consciente y orientado, con buen estado general, auscultación cardio-pulmonar normal y abdomen blando y depresible doloroso levemente a la palpación en epigastrio sin defensa ni signos de irritación peritoneal. En la analítica destacaba la presencia de 14.600 leucocitos con 80% de neutrófilos. La radiografía de tórax mostró un enfisema mediastínico con una lengüeta de aire que rodeaba la silueta cardiaca, siendo la radiografía de abdomen normal. El paciente quedó en observación en urgencias presentando a las 6 horas de

forma brusca un gran enfisema subcutáneo en cara anterior de tórax y en región cervicofacial, asociado a aumento del dolor abdominal en epigastrio. La nueva radiografía de tórax confirmó los hallazgos previos y la existencia de un neumoperitoneo no existente previamente (Fig. 1).

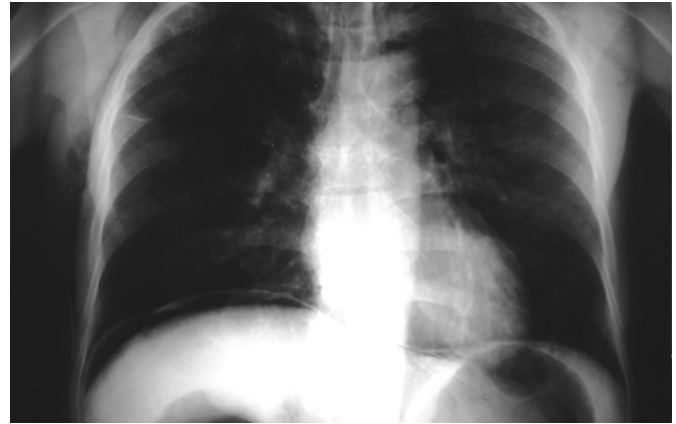


Fig. 1. Rx tórax: Presencia de enfisema mediastínico, subcutáneo y neumoperitoneo.

Con el diagnóstico de perforación de víscera hueca se intervino de urgencia mediante laparotomía media hallando cicatriz ulcerosa en región pilórica y perforación de cara posterolateral de segunda porción duodenal, realizando cierre mediante sutura simple a puntos sueltos y lavado de cavidad. El paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones postquirúrgicas y fue dado de alta a los 10 días con tratamiento erradicador del *Helicobacter Pylori*.

El neumomediastino y enfisema subcutáneo está causado en la mayoría de ocasiones por patología de origen respiratorio¹, aunque también se ha asociado a otros procesos¹ como ventilación mecánica, procesos anestésicos, extracciones dentarias, fracturas faciales, perforaciones esofágicas y más recientemente se han descrito casos secundarios a perforaciones gastroscópicas (3) o procedimientos quirúrgicos laparoscópicos abdominales (4). Excepcionalmente las úlceras gastroduodenales son causa de neumomediastino y enfisema subcutáneo (5-7) como nuestro caso clínico.

Los mecanismos a través de los cuales el aire difunde al mediastino o produce enfisema subcutáneo no están aun bien aclarados. Inicialmente se postuló que el aire de la cavidad abdominal podría difundir por gradiente de presión a través del peritoneo parietal, siendo un factor favorecedor la existencia de reacción inflamatoria peritoneal producida por la propia perforación (8), o bien el paso del aire a través de pequeños defectos congénitos del propio peritoneo⁹. Sin embargo, nos parece más razonable que en casos de una perforación duodenal a retroperitoneo como ocurrió en nuestro paciente, el aire difundiera por el propio retroperitoneo y a través del hiato aórtico y/o esofágico hacia el mediastino como han propuesto otros autores (7,9).

A nivel diagnóstico, no existen referencias claras en la literatura sobre las exploraciones complementarias necesarias para llevar a cabo un diagnóstico precoz. Nosotros creemos fundamental el realizar una anamnesis exhaustiva que nos permita una sospecha precoz de esta patología. Así mismo, pensamos que la TAC es la prueba diagnóstica de elección (10) ya que permite visualizar la existencia de neumoperitoneos de pequeño tamaño no detectados en ocasiones por la radiología simple, la existencia de líquido libre en cavidad peritoneal, o lo que es más importante, la presencia de

neumoretroperitoneo de gran importancia en el diagnóstico de sospecha y que habitualmente es de muy difícil apreciación en la radiología simple (10). En nuestro paciente al agudizarse la clínica y aparecer el neumoperitoneo en las segundas radiografías realizadas, no fue necesario la realización de TAC puesto que esta situación era indicativa de precisar cirugía urgente.

El tratamiento adecuado en estos casos, consiste en solucionar de forma definitiva el problema que lo origina, generalmente mediante cirugía, asociado a un soporte vital adecuado y la administración de antibióticos de amplio espectro con adecuada cobertura para bacilos gramnegativos y anaerobios (10).

El pronóstico de estos pacientes es generalmente malo por tratarse normalmente de enfermos de edad avanzada y patologías asociadas así como por el retraso diagnóstico con la consecuente evolución del cuadro clínico (2), aunque nuestro paciente evolucionó de forma favorable, probablemente por su edad joven y tratamiento relativamente precoz, dada la rápida transición del cuadro clínico con pocas horas de evolución.

**M. J. Montoya Tabares, J. L. Martín, A. Ríos Zambudio¹,
M. Carrasco Prats, J. López Espejo, G. Sánchez de la Villa**

¹Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Rafael Méndez. Servicio de Cirugía General I. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

1. Bejvan SM, Gogwin JD. Pneumomediastinum: old signs and new signs. *AJR Am J Roentgenol* 1996 May; 166: 1041-8
2. Montero Fraile JA, López Altamiras J, Segura Movellan J, Puigdollers Pérez A, Ferez Bote F, Puey Bellosa J, Vilaseca Bellsola J. Perforación gastrointestinal asociada a gran enfisema subcutáneo. *Rev Quir Esp* 1988; 15: 153-5.
3. Evrard S, Mendoza L, Mutter D, Vetter D, Marescaux J. Massive gas spread through a duodenal perforation after endoscopic sphincterotomy. *Gastrointest Endosc* 1993; 39: 817-8.
4. Chui PT, Gin T, Chung SC. Subcutaneous emphysema, pneumomediastinum and pneumothorax complicating laparoscopic vagotomy. Report of two cases. *Anaesthesia* 1993; 48: 978-81.
5. Briaud M, Barbier J, Morichau-Beauchant M, Blavon-Duchesne N, Matuchansky C. Pneumomédiastin, emphysème sous-cutané et ulcère gastrique. *Gastroenterol Clin Biol* 1978; 2: 617-22.
6. Basak F, Kinaci E, Aksoy S, Aren A. Duodenal ulcer perforation and pneumothorax: a case report. *Acta Chir Belg*. 2006; 106: 344-5.
7. Utzig Mj, Foitzik T, Buhr HJ, Schneider P. Duodenal ulcer presenting as pneumomediastinum and pneumothorax. Case report. *Zentralbl Chir*. 2002; 127: 1091-3.
8. Von Heimburg RL, Alexander SJ, Sauer WG, Bernatz PE. Subcutaneous emphysema from perforated gastric ulcer. *Ann Surg* 1963; 158: 1-5.
9. O'Donoghue PD. Mediastinal surgical emphysema due to perforated duodenal ulcer. *Lancet* 1956; 270: 189.
10. Ríos Zambudio A, Piñero Madrona A, González Sanchez F, Parrilla Paricio P. Enfisema subcutáneo de miembro inferior como primera manifestación de una dehiscencia colónica. *Rev Clin Esp* 2002; 202: 571-2.

Dolor e impotencia funcional de extremidad inferior izquierda y masa dolorosa en hemiabdomen izquierdo

Sr. Director:

Hemos leído con especial atención la aportación de Cachorro San Pedro y cols. titulado *Dolor e impotencia funcional de extremidad inferior derecha* (1), donde sus autores presentan un caso

de varón joven inmunocompetente con la clínica referida y con resultado de tuberculosis ósea intertrocantérea derecha. Nos gustaría presentar el caso de una mujer con dolor e impotencia funcional de extremidad inferior izquierda y masa en hemiabdomen izquierdo.

Se trata de una mujer de 27 años, natural de Ecuador, que ingresa tras cuadro de 3 meses de evolución de dolor e impotencia funcional progresiva en extremidad inferior izquierda, que en los últimos días advierte además una masa dolorosa en flanco izquierdo, precedido este cuadro por pérdida de 12 kg de peso y sensación distérmica vespertina en los últimos 8 meses. La exploración física nos reveló tumoración dolorosa de superficie lisa de 12 x 5 cm en cuadrante abdominal medio e inferior izquierdo y dolor a la flexo extensión de la cadera izquierda, así como en rotación externa. Analíticamente destaca elevación discreta de los reactantes de fase aguda (VSG de 26 mm en la 1ª hora, proteína C reactiva de 2.7 mg/dL), perfil hepático y resto de parámetros analíticos, incluidos marcadores tumorales (a destacar Ca 19.9, CA 125) normales. El Mantoux resultó positivo (18 mm.) en la lectura a las 72 horas. El Ziehl en orina, esputos y jugo gástrico, al igual que serologías para *equinococcus* y VIH, resultaron también negativas. Realizada Rx tórax y abdomen, destaca patrón micronodular en ambos campos pulmonares superiores así como base pulmonar izquierda y abombamiento de la línea del músculo psoas izquierdo con esqueleto regional indemne, respectivamente. Ante los hallazgos se realiza tomografía axial computarizada (TAC) toraco abdominal evidenciando absceso en músculo psoas izquierdo de 15 x 6,5 x 6,2 (L x T x AP) cm y numerosas adenopatías retroperitoneales de baja atenuación de localización peripancreática, interaortocava y paraaórticas izquierdas a la altura del hilio renal sin signos de espondilodiscitis aparente. Se procedió al drenaje percutáneo bajo control ecográfico, drenando 400 cc. de material purulento, y resultando a posteriori, cultivo en medio de Lowenstein positivo para *Mycobacterium tuberculosis complex*. Se mantuvo drenaje durante 9 días, con desinserción casual sin recolocación por buena evolución en control ecográfico; se empleó régimen de isoniacida, rifampicina, piracinamida y etambutol 9 meses. Ante persistencia, pese a tratamiento antituberculostático con óptimo cumplimiento, fue necesario drenaje quirúrgico abierto 8 meses después por reducción incompleta del mismo.

El absceso de psoas es una entidad descrita por Mynter como psoitis a fines del siglo XIX. Se trata de un proceso poco frecuente cuya incidencia está aumentando en los últimos años, relacionado sin duda, con la enorme utilidad que las técnicas radiológicas (TAC y resonancia magnética) nos ofrecen en su diagnóstico; constituyen la segunda localización más frecuente de los abscesos musculares tras el absceso glúteo (2). Clásicamente han sido clasificados (3) como primarios si no se identifica foco primario desde el cual se ha producido la diseminación y su afectación se produce vía hematogena y secundarios a partir de la afectación infecciosa de órganos adyacentes, a destacar origen gastrointestinal, genitourinario y óseo (éste de especial importancia en el caso de los abscesos de psoas). Su presentación suele ser de curso insidioso y prolongado (4), especialmente en los de etiología tuberculosa y el dolor en flanco o hemiabdomen (91%) (5), como en nuestro caso, seguido por dolor en cadera e ingle (69,5%) son su forma de presentación preponderante, siendo la fiebre un signo inconstante y los reactantes de fase aguda, especialmente VSG y proteína C reactiva, marcadores evolutivos. En lo que a etiología se refiere destacan *S. aureus* y *Mycobacterium tuberculosis* como principales causas, sin olvidar la presencia en ocasiones de bacilos Gram negativos (*E. coli*) (5,6). En el caso de la manifestación de esta rara forma de presentación extrapulmonar de la tuberculosis, ha variado en nuestro país con la irrupción de número de casos de VIH (7,8) y con las nuevas formas de presentación de la tuberculosis en la población inmigrante (9) en las que la reactivación endógena y/o la infección exógena juegan un papel impor-