

siones, según algunos autores. Se deben explorar sistemáticamente, independientemente de cual sea el diagnóstico de sospecha, buscando dolor, crepitación o inestabilidad las siguientes estructuras: hueso navicular, cola del 5º meta, la zona central en lugar del borde posterior de los últimos 6 cm de ambos maleolos (esta maniobra de desplazar la zona a explorar incrementa la especificidad para la petición de Rx y descartar la existencia de fracturas)³, el tendón aquileo, los tendones de los peroneos, el tendón del tibial anterior, la sindésmosis TPA, y las articulaciones mediotarsianas (Chopart y Lisfranc), y por supuesto se debe explorar el tobillo "desde atrás", desde la región posterior. Recordemos que el LLE es una estructura extraarticular, y si sólo existe esta lesión, los espacios retroaquileos se hallarán libres; no siendo así en el caso de afectación aquilea o de estructuras intraarticulares⁴.

Con respecto al tratamiento que los autores proponen, cierto es que en los grados I y II debe ser lo más funcional posible. Parece más eficaz el uso desde los primeros momentos de vendajes funcionales, evitando férulas rígidas⁵⁻⁷, lo que supondría una mucho más rápida recuperación y una mucho mejor cicatrización de la lesión; excepto si existe dolor severo o un gran edema. En cuanto a la rotura total, efectivamente, no existe acuerdo. Se realiza cirugía electiva en atletas de competición. En el resto, siempre es preferible realizar una buena rehabilitación durante 6-8 semanas tras la retirada del yeso y reevaluar la procedencia o no de la reparación quirúrgica⁸.

Para concluir, nos parece oportuno felicitar a los autores por el caso presentado, que se nos antoja francamente interesante e ilustrativo para aquéllos de nosotros a los que nos ilumina la "traumatología menor".

BIBLIOGRAFÍA

1. Salcedo I, Sánchez A, Carretero B, Herrero M, Mascías C, Panadero Carlavilla FJ. Esguince de tobillo. Valoración en Atención Primaria. *Med. Integr* 2000; 36: 45-52.
2. Nielsen AB, Y de J. Epidemiology and traumatology of injuries in soccer. *Am J Sports Med* 1980; 8: 235.
3. Leddy JJ, Smolinsky RJ, Lawrence J, Snyder JL, Priore RL. Prospective evaluation of the Ottawa ankle rules in a University Sports Medicine Center. With a modification to increase specificity for identifying malleolar fractures. *Am J Sports Med* 1998; 26 (2): 158-65.
4. Dunowski R, Chanussot JC. Manual de traumatología del deporte. París: Masson 1992; 233-9.
5. Gómez-Castresana F, Glez del Pino J, eds. Actualización en traumatología y cirugía ortopédica 3. Orthopaedic Knowledge Update (AAOS) SECOT Madrid: Garsi, 1992; 59-68.
6. De Felipe Gallego J, Salvat Salvat I, Mayoral del Moral O, Rez Sanchez JC. Tratamiento funcional de los esguinces de tobillo grado I-II. Madrid: Mapfre Medicina, 1995; 6: 165-72.
7. Hazañas Ruiz S, Gálvez Alcaraz L, Cepas Soler JA. Estabilización funcional frente a inmovilización ortopédica en el esguince de tobillo grado I-II (leve). *At. Prim* 1999; 23: 425-8.
8. Brostrom L. Sprained ankles. V. Treatment and prognosis in recent ligament ruptures 1996; 132 (5): 537-50.

M. Esteve Sacristán, J. Ca balleró Jiménez, G. Gómez-Zorita, O. Morán Homa*, F. J. P anadero**

*Residentes de MFyC. *Médico de Familia. Tutor de Residentes. **Médico de Familia. Especialista en Medicina Deportiva. Tutor de Residentes. EAPA Güelles. Madrid.*

■ Evaluación de las actividades de cirugía menor realizadas en el centro de salud

Sr. Director:

La cirugía menor (CM) comprende procedimientos quirúrgicos sencillos y de corta duración,

que se realizan en los tejidos superficiales y accesibles, bajo anestesia local y con complicaciones postquirúrgicas escasas y poco importantes *a priori*¹.

Existe un interés creciente por la CM desarrollada en el ámbito de Atención Primaria. La CM ha sido incluida en el programa de formación de residentes de Medicina de Familia y en la Cartera de Servicios del Insalud desde 1999.

En nuestro centro de salud se practica CM desde 1994. En enero de 1998 se puso en marcha la consulta programada de cirugía menor. A continuación se exponen las actividades de CM realizadas en el Centro de Salud Periodistas I desde enero de 1998 hasta marzo de 2000.

El EAP Periodistas I atiende a una población urbana de 14.000 habitantes. En 1998 se establece una consulta programada de CM, en agenda 75 minutos/un día a la semana. Los pacientes eran captados en la consulta a demanda y citados para la consulta programada de CM.

Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo. Fueron revisadas las historias clínicas de los pacientes que habían sido sometidos a una intervención de CM entre enero de 1998 y marzo de 2000. Las variables cualitativas se analizaron mediante porcentajes simples y las variables cuantitativas mediante estadísticos descriptivos. Las variables evaluadas fueron edad, sexo, procedimiento quirúrgico empleado, diagnóstico anatomopatológico, concordancia clínico-patológica, tiempo de demora desde que el paciente consultaba hasta la cirugía y complicaciones.

El número de intervenciones realizadas fue 54, 34 mujeres (62,9%) y 20 varones (37,1%). La edad media de los pacientes fue 45 años (rango 15-81). En cuanto al procedimiento quirúrgico aplicado, se realizó escisión fusiforme en 17 casos (31,4%), afeitado/curetaje en 22 casos (40,74%), *punch*/biopsia

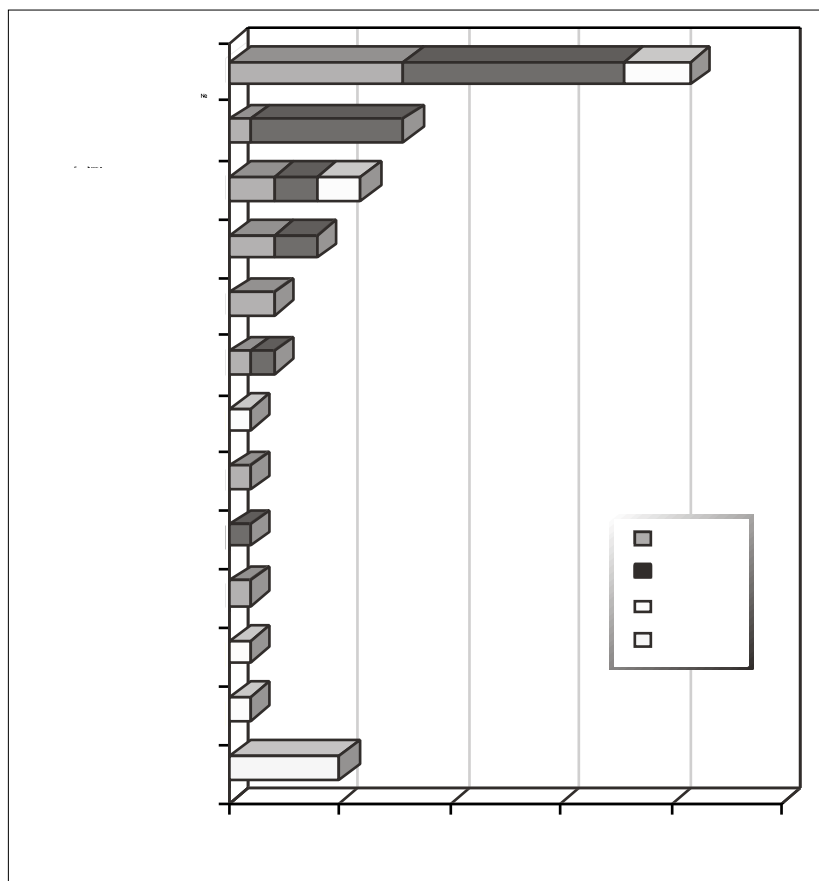


Figura 1

Diagnóstico anatomopatológico y procedimiento quirúrgico aplicado.

en 10 casos (18,5%) y drenaje en 5 casos (9,2%). No se evaluaron los pacientes tratados con crioterapia (Histofreezer®), ya que se realizaba durante la consulta a demanda sin registro específico.

Las lesiones histológicas analizadas, ordenadas de mayor a menor frecuencia fueron: nevus (21 casos, 38,88%), papiloma fibroepitelial o fibroma péndulo (8 casos, 14,81%), queratosis seborreica (6 casos, 11,11%), verruga común (4 casos, 7,40%), dermatofibroma (2 casos, 3,70%), granulomas (2 casos, 3,70%), vasculitis (1 caso, 1,85%), neuroma (1 caso, 1,85%), liquen plano (1 caso, 1,85%), queratosis actínica (1 caso, 1,85%), epiteloma basocelular (1 caso, 1,85%), enfermedad de Bowen (1 caso, 1,85%). La figura 1 refleja el diagnóstico anatomopatológico y el procedimiento aplicado.

No se registró ninguna complicación.

La concordancia entre el diagnóstico clínico preoperatorio y el diagnóstico anatomopatológico final fue del 77,7%. Las cifras que se registran en otras publicaciones españolas oscilan entre un 40 y un 90%²⁻⁴.

El tiempo medio de espera para la intervención fue de 13 ± 5 días (rango 1-22), la moda fue 7 días. Este dato se desconocía en 27 pacientes (50%). En la fecha de realización del trabajo la lista de espera, desde nuestro centro de salud, para el dermatólogo, primera visita, era de 56 días.

Las intervenciones realizadas corresponden fundamentalmente a patología benigna y banal, subsidiaria de la práctica de CM en Atención Primaria. La malignidad de la lesión fue observada en un 3,70%. La baja incidencia de

complicaciones y la alta tasa de concordancia clínico-patológica requiere un entrenamiento adecuado y formación teórico-práctica por parte del médico.

La realización de CM en Atención Primaria es factible. Hay que asumir la necesidad de formación, el tiempo empleado y una dotación de material apropiada. Aunque no se disponga de un área específica para CM, en la mayor parte de los centros de salud es posible adaptar una sala de forma adecuada para la realización de CM¹⁻⁵. Así mismo, es necesaria una relación fluida con el Servicio de Anatomía Patológica del hospital de referencia. En cuanto al tiempo de demora podemos decir que se trata de un servicio rápido y accesible, con un alto grado de satisfacción en general, tanto por parte del médico como del paciente^{6,7}. Por estos motivos creemos que la CM puede llegar a formar parte de la actividad clínica habitual en Atención Primaria.

M^a. P. Pérez Unanua, P. Alonso Sacristán, J. C. Roiz Fernández

Médicos de Familia. Centro de Salud Ciudad de los Periodistas. Madrid

BIBLIOGRAFÍA

1. Caballero Martínez F, Gómez Martín O. Protocolo de cirugía menor en atención primaria (I y II). FMC-Protocolos, 1999.
2. Ramírez Arrizabalaga R, Palancar de la Torre JL, Julián Viñals R, Sánchez Sanchez D, Fernández Bueno J, Tejero Cabello I. Cirugía menor en un equipo de atención primaria (panel). Granada: Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria, 13-16 de noviembre, 1996.
3. Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, Mena Mateo JM, Martín Martín S, Bru Amantegui S, Villarreal Rodríguez J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. Aten Primaria 1996; 17: 142-6.
4. Cortés JA, Peñalver C, Alonso J, Arroyo A. Cirugía menor en atención primaria. Aten Primaria 1993; 375-6.

5. Luna Rodríguez C, Menárguez Puche J, Alcántara Muñoz P, Aroca García MD, Aguilar Martínez J. Infraestructura existente en atención primaria de Murcia para la práctica de cirugía menor. Granada: Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria, 13-16 de noviembre, 1996.
6. Arribas Blanco JM, Gil Sanz ME, Sanz Rodrigo C, Morón Merchante I, Muñoz-Quirós Aliaga S, López Romero A, et al. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y satisfacción del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 772-5.
7. López Santiago A, Lara Peñaranda R, De Miguel Gómez A, Pérez López P, Ribes Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria* 2000; 26: 91-5.

■ Neumomediastino espontáneo idiopático: a propósito de un caso

Sr. Director:

La presencia de aire extraluminar en el espacio mediastínico sin que se demuestre trau-

matismo previo ni enfermedad pulmonar subyacente se conoce como neumomediastino espontáneo, entidad ya descrita por Macklin en 1939^{1,2}.

Presentamos el caso de un varón de 21 años que, desde hace tres días, presenta dolor torácico retroesternal, de intensidad progresiva, que aumenta con la inspiración profunda, acompañado de dificultad para tragar y cambios en la tonalidad de la voz. En la exploración se encontró crepitación a la palpación cervical y supraclavicular bilateral con disminución global del murmullo vesicular. En la anamnesis se comprobó la presencia de vómitos de repetición en días previos.

El neumomediastino se puede producir de forma espontánea (30%) o como resultado de traumatismos u otros procesos patológicos (Tabla I).

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, la exploración física y las pruebas complementarias de analítica e imagen².

El 85% de los casos aparece en varones de entre 15 y 40 años y se manifiesta como dolor torácico retroesternal, opresivo, de inicio brusco, irradiado a miem-

bro superior izquierdo, hombro, cuello y espalda, de duración variable (desde minutos hasta horas), que aumenta con la inspiración profunda, la tos y los movimientos.

Otros signos y síntomas son: disnea (80%), disconfort cervical (20%) con dolor de garganta, dolor o hinchazón del cuello, cambios en el tono de la voz o dificultad para tragar, enfisema subcutáneo (90%) y/o el signo de Hamman (crepitación a la auscultación retroesternal sincrónica con el latido y que se modifica con la inspiración y la posición)³⁻⁶.

Las pruebas analíticas de urgencia (hemograma, bioquímica elemental y gasometría arterial basal) y el electrocardiograma suelen ser normales. En la radiografía simple de tórax, posteroanterior y lateral, se manifiesta como aparición de burbujas de gas rodeando las estructuras mediastínicas. Los signos radiológicos clásicos (Figs. 1 y 2) son el signo del diafragma continuo (presencia de aire entre pericardio y diafragma), el signo de la V de Naclerio (presencia de aire entre aorta descendente y hemidiafragma izquierdo) y, en niños, el

Tabla I

CAUSAS DE NEUMOMEDIASTINO

Patogenia	Condición subyacente	Causa
Rotura alveolar asociada a presión alveolar alta	Obstrucción de la vía aérea	Asma, cuerpos extraños, laringitis aguda obstructiva, estenosis congénita
	Ventilación mecánica	Anestesia general, presión positiva al final de la espiración
	Maniobras respiratorias bruscas	Actividad estenuante, acidosis, maniobras de capacidad vital
	Traumatismos torácicos	Lesiones penetrantes
	Maniobras de Valsalva	Coger pesos, defecación, maniobra de Heimlich, parto, inhalación de cocaína y marihuana
	Vómitos	Cetoacidosis diabética, anorexia nerviosa
	Cambios de presión atmosférica	Cambios rápidos de altitud, Enfermedad de Caisson